

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU UNIVERZITY
KARLOVY V PRAZE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Petra Hulvová

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU UNIVERZITY
KARLOVY V PRAZE



Návrat člověka po amputaci dolní končetiny do společnosti

Diplomová práce

Vedoucí práce

Doc. PhDr. Pavel Strnad, CSc.

Zpracovala:

Petra Hulvová

Praha, červen 2010

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Praze, dne: 17.6.2010

.....

podpis

diplomanta

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení: Fakulta/katedra: Datum vypůjčení: Podpis:

Poděkování

Děkuji tímto Doc. PhDr. Pavlu Strnadovi za odborné vedení při tvorbě této diplomové práce, za veškerou pomoc a trpělivost. Mé díky patří také všem kolegům z rehabilitační kliniky Malvazinky, kteří mi umožnili tuto práci

vypracovat.

Abstrakt

Název: Návrat člověka po amputaci dolní končetiny do společnosti

Cíl práce: Zjistit jakým způsobem pacient vnímá zdravotní péči z hlediska fyzioterapie a psychiky v jednotlivých etapách:

- I. – před zahájením rehabilitační péče
- II. – při ukončení rehabilitační péče
- III. - s odstupem po navrácení zpět do domácího prostředí

Metoda: Práce je koncipována jako metodologická studie zabývající se návratem člověka po amputaci dolní končetiny do společnosti. Zpracování vychází z metody pozorování pacientů rehabilitační kliniky. Metoda je dále rozšířena o vyhodnocování zpětné vazby poskytnuté pacienty. Kombinace metody vlastní autodetekce, založené na úsudku, komunikaci s pacientem a praktické dennodenní diagnostice pokroků rehabilitace je kombinována s metodou vyhodnocování dotazníků. Dotazníky slouží k poskytnutí zpětné vazby a předání specifického úhlu pohledu poplatné jednotlivému pacientovi. Cílem zpětné vazby je poskytnutí informací z vlastního, osobního úhlu pohledu každého jednotlivého pacienta tak, aby bylo možné nejuvěrohodněji dojít k jednoznačnému závěru. Kombinace obou metod tím měla vyloučit zkreslení interpretace poznání získané jednotlivcem - terapeutem.

Výsledky: Došla jsem k závěru, že aby opětovná integrace byla co možná nejrychlejší, měl by být ve stávající zdravotní péči a následné individuální péči klád větší důraz na intenzivnější práci s psychikou pacienta a metodické ve

všemi fázemi rekonvalescence.

Klíčová
slova:

Amputace, amputační pahýl, protéza, psychika, rehabilitace, prote
fantomová bolest

**The
Abstr
act**

Title The return of a person after lower limb amputation into society.
of
thesis:

Aim Determine how the patient perceives care in terms of
of physiotherapy and psychology at various stages:

work:

- hase I. - prior to rehabilitation
- hase II. - At the end of rehabilitation
- hase III. - At intervals after the return back home

Metho The task is concieved as a methodological study is concerned
d: with the return of a person into society after lower limb
 amputation.

The processing is based on a method of observation of patients in a rehabilitation clinic. The method was further extended by evaluating feedback from patients.

The method of auto-detection, which is based on assesment, communication with the patient and practical daily diagnosis of the progress of rehabilitation is combined with a method of questionnaire to verify the feedback from the patient.

The aim of the feedback is to provide personal information on their own, individual – specific perspective of each individual patient „That would be reliable“.

The combination of both methods would be to exclude the distortion of results gained by one individual – therapist.

Results: To improve the integration of the patient with lower limb amputation into society, more emphasis should be given to the patient's psyche and methodological guidance through all phases of convalescence.

On the basis of these facts, it is asserted that the consulted hypothesis is confirmed.

I came to the conclusion that the re-integration was as quickly as possible, should be in the current health care and subsequent care of an individual greater emphasis on intensive work with the patient's psyche and methodological guidance through each stage of convalescence.

The Key words: Amputation, amputation stump, prosthesis, psyche, rehabilitation, prosthetics, phantom pain

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Obsah..... | 10 |
| Seznam použitých symbolů a zkratek | 13 |
| 1 Úvod | 14 |
| 2 Teoretická východiska práce..... | 18 |
| 2.1 Definice amputace | 18 |
| 2.1.1 Typy Amputací dolní končetiny | 19 |
| 2.1.2 Amputace dolní končetiny v kyčelním kloubu..... | 20 |
| 2.1.3 Amputace dolní končetiny v oblasti stehna | 21 |
| 2.1.4 Amputace dolní končetiny v kolenním kloubu..... | 21 |
| 2.1.5 Amputace dolní končetiny v oblasti bérce..... | 22 |
| 2.1.6 Amputace dolní končetiny v oblasti hlezenního kloubu a nohy | 23 |
| 2.2 Zdravotní péče..... | 24 |
| 2.2.1 Pooperační stav | 24 |
| 2.2.2 Péče o pahýl | 26 |
| 2.2.3 Typy protéz | 29 |
| 2.2.4 Komplikace amputací | 34 |
| 2.3 Rehabilitace | 35 |
| 2.3.1 Vstupní vyšetření pacienta | 35 |
| 2.3.2 Rehabilitační program | 36 |
| 2.3.3 Hodnocení průběhu terapie | 37 |
| 2.3.4 Výstupní vyšetření pacienta | 37 |
| 2.3.5 Vybrané prvky ve fyzioterapii..... | 38 |
| 2.3.5.1 Zvládnutí pádů..... | 38 |
| 2.3.5.2 Stabilita stoje..... | 38 |
| 2.3.5.3 Škola chůze | 39 |
| 2.3.5.4 Dovednosti s protézou | 42 |
| 2.3.6 Cvičení ve vodě | 43 |
| 2.4 Individuální péče | 45 |
| 2.4.1 Sportovní a pohybové aktivity | 46 |
| 2.4.1.1 Cvičení v osobním životě | 46 |

| | |
|--|------------|
| 2.4.1.2 Sportovní vyžití | 47 |
| 2.4.2 Psychika jedince s amputací dolní končetiny | 47 |
| 2.4.2.1 Adaptace člověka po amputaci dolní končetiny s ohledem na psychiku | 48 |
| 2.4.2.2 Společenský náhled na člověka po amputaci dolní končetiny | 49 |
| 2.4.2.3 Rozhovor s lidmi po amputaci dolní končetiny | 49 |
| 2.4.3 Zapojení do společenského života | 53 |
| 2.4.3.1 Rodinné prostředí..... | 54 |
| 2.4.3.2 Společenské uplatnění | 55 |
| 2.4.3.3 Profesní rovina | 55 |
| 2.4.3.4 Vlastní přístup | 56 |
| 3 Cíl práce, úkoly práce a vědecká otázka..... | 57 |
| 4 Metody a postup řešení | 59 |
| 4.1 Dotazník | 61 |
| 5 Výsledky, diskuse | 63 |
| 5.1 Zjištění faktu co znamená pro člověka amputace dolní končetiny | 63 |
| 5.2 Uvědomění si důležitosti a technického provedení protéz | 73 |
| 5.3 Vnímání zdravotní péče | 80 |
| 5.4 Vnímání následné péče o sebe sama po ukončení hospitalizace..... | 90 |
| 6 Závěr | 99 |
| Seznam použité literatury | 102 |
| Přílohy | 107 |

Seznam použitých symbolů a zkratek

C-leg – computer leg

DK – dolní končetina

DKK – dolní končetiny

FH – francouzské hole

HK – horní končetina

HKK – horní končetiny

PB – podpažní berle

PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace

VH – vycházková hůl

1 Úvod

Amputace dolní končetiny má mnoho příčin. Pokud se zamyslíme nad rozdělením možných typů příčin do skupin se společnou charakteristikou, zjistíme, že lze příčiny nebo důvody rozdělit na dvě základní skupiny.

Jednou z nejčastějších příčin je nemoc. Změna zdravotního stavu vyvolaná dlouhodobou vážnou nemocí, nebo náhlou změnou zdravotního stavu. Do této skupiny patří například porucha prokrvení (ischemická obliterující choroba dolních končetin), úraz, infekce, zhoubné nádory či komplikace u diabetes mellitus (Brozmanová, 1990).

Druhou skupinu tvoří úrazy. Úrazy vyvolané v důsledku nehody vozidla, chodce jakožto účastníka dopravního provozu. Dopravy a přepravy osob, jednotlivce, zboží. Zdravotní úrazy mohou vzniknout dále pak i v důsledku nadměrné sportovní aktivity. Samotná nadměrná sportovní aktivita takový vážný zdravotní stav zpravidla nezpůsobí, avšak v kombinaci se specifickým typem sportu, sportovní aktivity vykonávané na hranici osobních možností jedince, může tento vážný zdravotní stav přivodit. Jedná se především o tzv. adrenalinové sporty, rychlostní sporty využívající motorová vozidla v rámci sportovního výkonu, nebo banální závada sportovního náčiní. Do této oblasti můžeme směle zařadit i oblast relaxačních aktivit. Relaxačních aktivit, u kterých si paradoxně chceme sednout, odpočinout a nehonit se. Sportovní a relaxační aktivity ať svým pojetím aktivního či pasivního pohybu mohou být velice odlišné, avšak k tragickému úrazu může dojít u obou. Každý se liší jen mírou pravděpodobnosti, ať se jedná o přímé zavinění vlastním jednáním či nepřímé zavinění způsobené vnějším vlivem.

Pokud se člověk vyskytne v takové situaci, často si říká „Proč vlastně já?“. „Co jsem mohl ovlivnit?“ Měl člověk o sebe více dbát? Měl se starat více o zdravotní prevenci? Měl více sportovat nebo naopak nesportovat vůbec? Otázek a odpovědí může být velice mnoho. Takřka nekonečné množství. Co člověk, to individualita. Co člověk, to vlastní názor. Co člověk to jiný způsob řešení vzniklého zdravotního stavu.

Ať je to žena nebo muž, všem začnou hlavou probíhat myšlenky. Myšlenky zhruba stejného typu. Myšlenky, lišící se dle sociálního postavení člověka, jeho pracovní profesí, věkem, rodinným zázemím, místem bydliště a samotné bytové jednotky, ve které žije. Najednou se běžné základní životní návyky zdají nedostupné. Sprcha je moc vysoko, ručník daleko a mýdlo opět někam upadlo. Kamarádi přestali volat v úterý na nohejbal a ve čtvrtek na squash. Máte pocit, že jste na vše sami.

Probudíte se z narkózy. Ležíte na nemocničním lůžku a přemýšlíte, co bude dál. Někteří by rádi přijali radikální řešení. Život pro ně končí, nechtějí tu být, chtějí umřít. Jiní si říkají, kdybych to nedělal, kdybych ..., kdybych, ... kdybych to mohl vrátit. Nejde to. Jsou tu, ale i tací, kteří si řeknou „Dobře, stalo se, život jde dál“. Rádi by, aby jim někdo pomohl. To co pro ně doposud bylo běžné, se najednou stalo snem. Rádi by se z toho velkého snu probudili a vše bylo jako dřív. Jak, ale na to? Potřebují pomoci.

Ano. Je to mžik a člověk je úplně na jiné straně barikády. Člověk je jedinec společenský a kvalitní společnost se vyznačuje porozuměním, pochopením a snahou pomáhat druhým. Proto má například oblast zdravotní péče organizovanou strukturu, která je charakteristická svou posloupností jednotlivých fází.

Po operaci a bolestivém probuzení přichází zdravotní péče vykonávaná v různých na sebe navazujících oblastech. Právě zde mluvíme o začátku zdravotní rekonvalescenční terapii. Terapie vyžaduje obvykle dlouhou a komplexní rehabilitační péči jak v nemocnici tak následně v rehabilitačních zařízeních. Tak jak skončil ortopedický či chirurgický výkon operací, končí rehabilitační terapie maximální dobou hospitalizace v lůžkovém rehabilitačním zařízení specializovaném na vykonávání posttraumatické, pooperační rehabilitační péče. Poté přichází další otázka. Co bude dál?

Diplomová práce si uvědomuje důležitost a význam jedince s amputací dolní končetiny, který pomyslně vstupuje do neznáma s obavami a strachem z budoucnosti. Bere v úvahu jeho pocity relativního bezpečí získané v prostředí nemocnice, stanovené na základě pravidelného režimu

a poskytnutí jistot. Zkusme se vžít do pocitů pacienta, který po odchodu z nemocnice či z rehabilitačního zařízení vstoupí do prostředí, kde se již nebude postupovat podle předem stanoveného chirurgicko-ortopedického plánu doprovázeného fyzioterapií. Najednou si uvědomí, že pro něj organizovaná každodenní péče končí a je odkázán sám na sebe.

Z praktických zkušeností s prací s pacienty na rehabilitační klinice a následným setkáváním s některými pacienty, nebo jejich zpětným kontaktováním po odchodu z kliniky, spatřuji nedostatek v určení směru jak postupovat dál. Nedostatek připravenosti traumatizované osoby na denní život a zařazení se do kolektivu přátel, kolegů v zaměstnání, do společnosti obklopující osoby s amputací.

Cílem diplomové práce je zjištění, jakým způsobem pacient vnímá zdravotní péči z hlediska fyzioterapie a psychiky v postupně na sebe navazujících etapách:

- E
tapa I. – před zahájením rehabilitační péče
- E
tapa II. – při ukončení rehabilitační péče
- E
tapa III. - s odstupem po navrácení zpět do domácího prostředí

Spatřuji velkou důležitost péče o člověka nejen v rámci zdravotní péče, ale zejména i v ukázání možných směrů, postupů a činností, které podpoří nebo zcela umožní plnohodnotný návrat člověka po amputaci dolní končetiny do společnosti. Tato oblast již není řešena v rámci zdravotní péče hrazené zdravotními pojišťovnami, což by z ekonomického hlediska bylo velice nákladné, ale příprava, seznámení lidí, péče o jejich psychiku je velmi potřebná a důležitá. Správnou informovaností v této oblasti můžeme podstatně zjednodušit zařazení člověka do společnosti. Můžeme mu podat jasný, strukturovaný návod, který mu poslouží jako vodítko, jako příručka první pomoci, jako vstupenka do dalšího života.

Vhodné pracoviště ke tvorbě mé diplomové práce jsem zvolila rehabilitační kliniku Malvazinky v Praze, která se mimo jiné specializuje na tzv. školu chůze u pacientů po amputaci dolní končetiny.

2 Teoretická východiska práce

2.1 Definice amputace

Amputace znamená odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční či kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření. Při exartikulaci je periferie odstraněna v linii kloubu (Kubeš, 2005).

„Podle WHO se do roku 2005 zdvojnásobí počet diabetiků až na 300 milionů. Z trendu růstu počtu diabetických makroangiopatií se tedy dá vypočítat, kolik bude potřeba prostředků k ošetření takto postižených. Jestliže bylo v České republice v roce 1989 provedeno 3714 všech amputací, pak již v roce 2007 byla pouze pro diabetickou makroangiopatii provedena amputace u 7859 pacientů. Za posledních 17 let se tedy počet zdvojnásobil. Bude-li růst lineární, lze v brzké budoucnosti v České republice počítat se 13 000 amputacemi“ (Kálal, 2009).

Tabulka 1 Vývoj počtu amputací a jejich příčin v ČR (Kálal, 2009) uvádí počty amputací z vaskulárních a traumatických příčin v letech 1989 – 2008.

| Rok | Všechny | |
|------|------------|-------------|
| 1989 | 3714 | |
| 1990 | 3953 | |
| 1991 | 4365 | |
| 1992 | 4465 | |
| 1993 | 4185 | |
| Rok | Vaskulární | Traumatické |
| 1994 | 4503 | 150 |

| | | |
|------|------|-----|
| 1995 | 4578 | 107 |
| 1996 | 4970 | 116 |
| 1997 | 5226 | 95 |
| 1998 | 5465 | 99 |
| 1999 | 5114 | 87 |
| 2000 | 5865 | 58 |
| 2001 | 6118 | 85 |
| 2002 | 6743 | 73 |
| 2003 | 7029 | 60 |
| 2004 | 7444 | 102 |
| 2005 | 7859 | 90 |
| 2006 | 7834 | 70 |
| 2007 | 7853 | |
| 2008 | 8169 | |

Tabulka 1 Vývoj počtu amputací a jejich příčin v ČR (Kálal, 2009)

2.1.1 Typy Amputací dolní končetiny

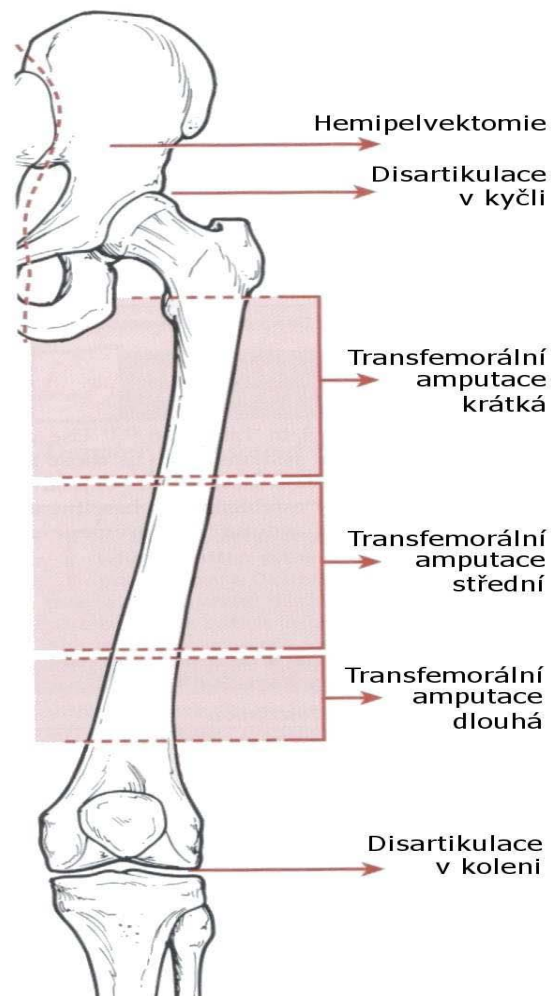
Mohla bych zde vyjmenovat mnoho dělení amputací. Například z hlediska vzniku: vrozené / získané (Brozmanová, 1990); z hlediska naléhavosti: primární / sekundární / terciální (Brozmanová, 1990); z hlediska operační techniky: gilotinová / laloková amputace (Kubeš, 2005); z hlediska doby uzávěru rány: otevřené / uzavřené (Kubeš, 2005).

Ráda bych se však podrobněji věnovala nejčastějším amputacím dolní končetiny podle její výše.

Při amputaci jako i u jiných operací na skeletu je nutné dodržovat zásady ortopedické chirurgie, což společně se šetrnou operační technikou zmenší možnost vzniku komplikací a stávají se podmínkou dobrého hojení a možnosti funkčního využití pahýlu (Sosna a kol., 2001).

2.1.2 Amputace dolní končetiny v kyčelním kloubu

Exartikulace v kyčelním kloubu. Jedná se o odstranění celé dolní končetiny v linii kyčelního kloubu. Po odstranění doporučujeme snést chrupavku acetabula a dutinu acetabula vyplnit svaly. Krytí je možné buď klasicky gluteálním, nebo předem preparovaným adduktorovým lalokem (Kubeš, 2005).



Obrázek č. 1 Amputace v oblasti nad kolenem (Seymour, 2002)

2.1.3 Amputace dolní končetiny v oblasti stehna

Transfemorální amputace.

Vhodná je myodéza adduktorů přes vrchol kostního pahýlu laterálně, s ukotvením do předem předvrtaných otvorů intraosálními stehy. Skupiny flexorů a extenzorů se sešívají přes vrchol pahýlu. U amputací prováděných z vaskulárních příčin je kontraindikací tenzní myoplastika, neboť by přílišné svalové napětí mohlo vést ke zhoršení svalových cirkulárních poměrů (Kubeš, 2005).

V případě vysoké amputace je nevýhodou možný vznik flekční kontraktury pahýlu a následně problematické opotézování krátkého pahýlu (Kubeš, 2005).

U nízkých amputací je nutné myslet na délku mechaniky protetického kolenního kloubu (8-10cm) k zajištění stejné výšky osy ohybu obou kolenních kloubů po vybavení pacienta protézou (Kubeš, 2005).

2.1.4 Amputace dolní končetiny v kolenním kloubu

Provedení exartikulace v kolenním kloubu je možné několika způsoby. U základní techniky jsou ponechány intaktní chrupavky femuru a ligamentum patellae je sešito s pahýlem zadního zkříženého vazy. Další technikou je resekce kondylů v transverzální rovině s pevnou fixací patelly zanořenými tahovými spongiózními šrouby nebo Zahradníčkovými hřeby. Tím se stane patella nášlapnou plochou a umožňuje zachovat funkci stehenních svalů (Kubeš, 2005). Výhody exartikulace v kolenním kloubu :

- poskytuje kvalitní zátěžový pahýl, p
- je plně zachována švihová fáze chůze díky dlouhé páce stehenních svalů s jejich dobrou funkcí, j
- pahýl poskytuje kvalitní držení stehenní objímky protézy, p

íky dlouhému pahýlu se pacientům dobře sedí, vstává a udržuje rovnováha (Kubeš, 2005).

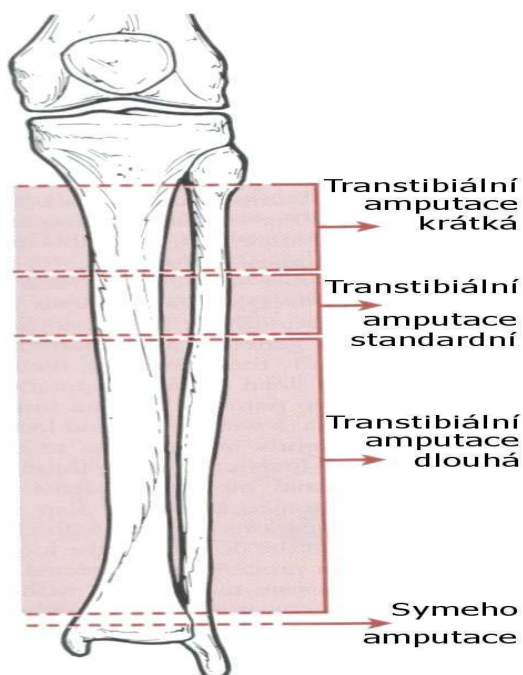
2.1.5 Amputace dolní končetiny v oblasti bérce

Transtibiální amputace

Ke správnému zformování pahýlu a k předejití otlaků, je nutné resekovat fibulu vždy proximálněji než tibií a přední hranu tibie srazit v místě resekce.

Svaly zde funkčně velkou roli nehrají, spíše slouží jako měkkotkáňová mezikostní výplň (Kubeš, 2005).

Vzhledem k usnadnění ovládní protézy je opět důležitá délka pahýlu. V případě, že je pahýl příliš krátký, je ovládní protézy těžší. Také je zde větší tendence vzniku flekční kontraktury (Brozmanová, 1990).



Obrázek č. 2 Amputace v oblasti pod kolenem (Seymour, 2002)

2.1.6 Amputace dolní končetiny v oblasti hlezenního kloubu a nohy

Symeho amputace je modifikací exartikulace v hlezenním kloubu. Zde je nutná resekce tibie i fibule kolmo k rovině nášlapu, těsně nad chrupavkou tibie. Dále je nutná subperiostální resekce patního laloku, který musí být pevně fixován do přihojení (Kubeš, 2005).

„Pyrogova (či modernější Boydova) amputace je vlastně astragalektomie s kalkaneotibiální artrodézou, jde o náročné výkony s nutností další fixace, proto nejsou příliš doporučovány“ (Kubeš, 2005).

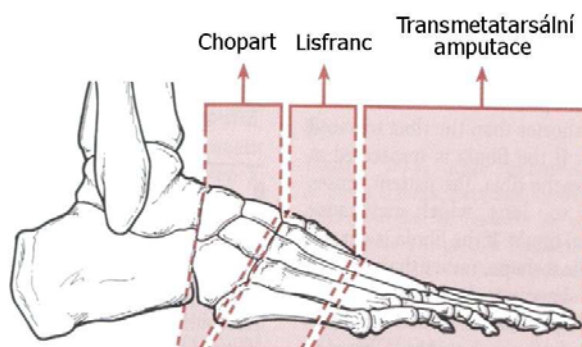
Chopartova amputace neboli kalkaneokuboidní a talonavikulární exartikulace, probíhá ve stejnojmenné kloubní linii (Kubeš, 2005).

Lisfrancova amputace neboli tarzometatarzální exartikulace probíhá ve stejnojmenné kloubní linii. Vzhledem k možnému riziku - vzniku ekvinozity není příliš doporučována (Kubeš, 2005).

U transmetatarzální amputace je nutná resekce těsně nad hlavičkami metatarzů, při zachování kostní formule přednoží. Chůze je ovlivněna chyběním opory při odrazu nohy (Kubeš, 2005).

Při amputaci palce je dobré ponechání i malé části báze článku pro zachování pozice sezamských kůstek. Dále je vhodné sešítí extenzoru s flexorem (Kubeš, 2005).

U amputace 2 prstu hrozí riziko rozvoje sekundárního valgózního palce.



Obrázek č. 3 Amputace v oblasti nohy (Seymour, 2002)

2.2 Zdravotní péče

Zdravotní péče je zajišťována povinným zdravotním pojištěním. Zdravotní pojištění platí za osoby nevýdělečně činné stát. Ostatní osoby mají částku za zdravotní pojištění povinnou v rámci povinných odvodů, srážek ze mzdy. Cílem zdravotního pojištění je poskytnout zdravotní péči dle momentálního stavu a potřeb pacienta. Zdravotní péče je jasně strukturovaný proces, na základě kterého dochází ke stanovení diagnózy, určení stavu a příčiny zdravotního problému. Návrhu řešení zdravotního stavu a stanovení souvisejících zdravotních postupů, které povedou k odstranění nemoci. Některé nemoci lze odstranit neinvazivními metodami. Jiné odstranit za pomoci invazivních metod, u kterých nemusí vždy dojít k úplnému stoprocentnímu vyléčení pacienta. U tohoto stavu může dojít k vyléčení pacienta například za předpokladu částečné amputace dolní končetiny.

V tomto případě předchází amputaci předoperační stav, operace a následný pooperační stav (http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_u_klientu_p_o_amputaci).

2.2.1 Pooperační stav

Ošetrovatelská péče

„Ošetrovatelská péče je doménou chirurgie. Cílem chirurgické péče je vytvoření "funkčního" amputačního pahýlu, optimálně připraveného k následnému použití protetické techniky. Dokonalá péče o amputační pahýl v časném pooperačním období je podmínkou a návaznost specializované protetické péče je nezbytná“ (Lejčko, 2001).

Bezprostředně po operaci:

- kontrola základních životních funkcí,

k

- kontrola prosakování pahýlu a funkce Redonova drénu, k
- právné polohování pahýlu s
(http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_u_klientu_po_amputaci).

Následující dny po operaci:

- vést pacienta k sebeobsluze na lůžku, v
- pokud to zdravotní stav umožňuje, druhý den začít s mobilitou na lůžku (posazování), p
- kontrola vzhledu pahýlu, polohování, bandážování, otužování, k
- v případě dobré stability v sedu, začít s vertikalizací do stoje s využitím různých typů chodítek, podpažních či francouzských holí, v
- hůze okolo lůžka, postupně vzdálenost prodlužovat, c
- kontaktovat protetiky k vyrobění protézy, k
- sychická podpora, možnost využití psychologa, p
- pacientovy vysvětlit důležitost následné rehabilitace a nabídnutí možností p

(http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_u_klientu_po_amputaci).

2.2.2 Péče o pahýl

Následně po amputaci je pahýl oteklý vlivem změněného cévního řečiště, objevují se fantomové bolesti, což jsou bolesti chybějící části dolní končetiny. Organismus je vlivem operace oslaben (<http://www.maprotetika.cz/navod.html>).

Postupem času fantomové bolesti ustupují, mění se tvar a objem pahýlu. K tomu všemu přispívá důkladná pooperační péče o pahýl, do které zařazujeme masáž pahýlu, sprchování pro zlepšení prokrvení, polohování pahýlu k předejití nejčastěji flekčních kontraktur a bandážování pahýlu. Tvar pahýlu se vyvíjí, zhruba 3 – 6 měsíců, ideální je konický tvar (<http://www.maprotetika.cz/navod.html>). Dle Kálala (2009) se pahýl vyvíjí až jeden rok a déle.

Délka, tvar, postavení a pohyblivost pahýlu (aktivní i pasivní), poloha jizvy pahýlu - toto vše je rozhodující pro budoucí oprotézování (Brozmanová, 1990).

Bandážování pahýlu

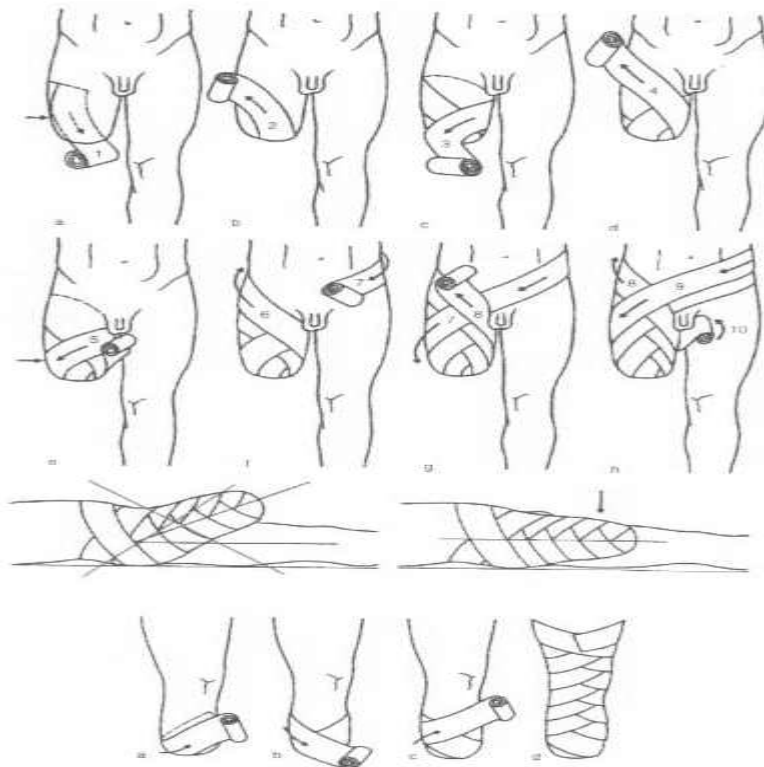
Jde o zajištění správného tvaru (nejlépe konického) pahýlu, redukce fantomových bolestí.

Hlavní zásady:

- k
bandážování používat dostatečně široká elastická obinadla (10-14 cm),
- p
rvní otáčky obvazu se nevedou přes pahýl cirkulárně, aby nedocházelo ke stlačení povrchového žilního systému a k nedostatečné drenáži pahýlu,
- b
andážovat nad zachovalý kloub končetiny,
- u
stehenní amputace bandážovat přes pás,

- v
zadu by otáčky obvazu měly sahat až k sedacímu hrbolu a na vnitřní ploše stehna až do rozkroku tak, aby se při bandážování nevytvořily valy měkkých tkání, které by při pozdější aplikaci protézy mohly bránit správnému nasazení protézy,
- u
amputace v bérce bandážovat nad kolenní kloub,
- b
bandážovat 3 x denně a střídat s další péčí o pahýl (<http://www.maprotetika.cz/navod.html>).

Obrázek č. 4 Bandážování pahýlu



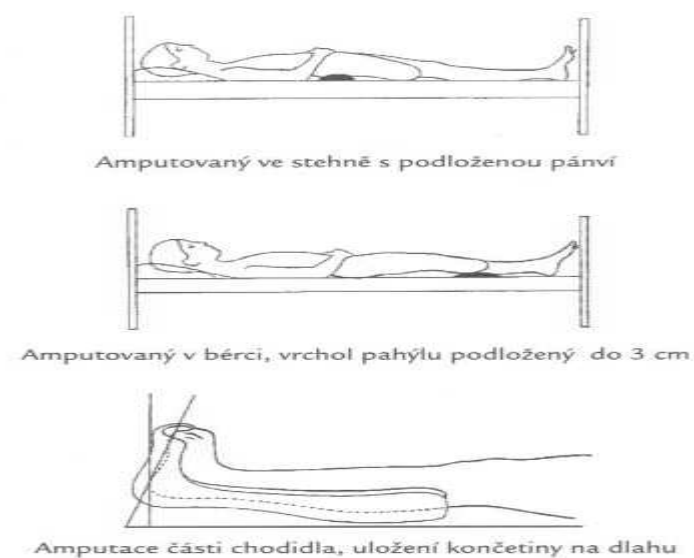
(<http://www.maprotetika.cz/navod.html>)

Péče o jizvu

Po vyndání stehů provádět jemnou masáž jizvy (krouživé pohyby palcem, esíčka – dva prsty proti sobě), s odstupem času (4-6-ti týdnů) zvyšovat tlak na jizvu, důležité je, aby jizva zůstala volná. Jako masážní přípravek si zvolit např. vepřové (nesolené) sádlo nebo měsíčkovou či kalciovou mast (Hromádková a kol., 1999).

Polohování pahýlu

Předejití kontraktur, u podkolenních amputací je to nejčastěji flekční kontraktura v kolenním kloubu, u stehenních amputací je to flekční a abdukční kontraktura v kyčelním kloubu, u amputací v oblasti nohy je to plantárně-flekční kontraktura (Kubeš, 2005). Polohovat vždy do opačného směru než je riziko vzniku kontraktury (<http://www.maprotetika.cz/navod.html>).



Obrázek č. 5 Polohování pahýlu (<http://www.maprotetika.cz/navod.html>)

Otužování pahýlu

-

ílem je adaptace pahýlu na tlak lůžka protézy,

c

- z
lepšení mikrocirkulace v oblasti vrcholu pahýlu,
- t
vorba zpětné vazby, kdy dochází ke vnímání podnětů z pahýlu,
- p
okleповé a tlakové masáže, kartáčování (obnova kožní citlivosti),
míčkování (<http://www.maprotetika.cz/navod.html>),
- s
třídání teplé a studené sprchy, končit chladnou sprchou (Kálal, 2009).

Posilování svalstva pahýlu

Př. cviků:

- t
lak pahýlem do podložky,
- t
lak pahýlem do stran proti odporu,
- o
pora o pahýl a zvednout pánev nad podložku,
- s
tahovat pŕlky k sobě a současně tlak pahýlu do podložky,
- c
vičení v představě (cvičení se zachovanou končetinou a představa
cvičení amputované končetiny) – konkrétně toto cvičení by mělo
přispět ke zmírnění fantomových bolestí (Kálal, 2009).

2.2.3 Typy protéz

Rozdělení z časového hlediska:

- ooperační protézy – obvykle používané u mladších pacientů po úrazech, mají příznivé účinky pro formování pahýlu (Bowker, 2002), p
- očasné protézy – použití obvykle po dobu 3-6-ti měsíců z důvodu změn pahýlu a prováděným úpravám na protéze (Bowker, 2002), d
- rvalé protézy – použití v době, kdy již nepředpokládáme změny objemu pahýlu (Bowker, 2002). t

Rozdělení podle výšky amputace:

- rotézy po amputaci části nohy – obvykle řešeno tvarovanou vložkou do bot a tenkou karbonovou výztuhou, která slouží jako opora (May, 2002), p
- rotézy po Symeho amputaci – tvořeny tvarovaným lůžkem a umělým chodidlem (May, 2002), p
- rotézy po transtibiální amputaci – skládají se z lůžka, závěsného systému, chodidla a trubkového adaptéru (Bowker, 2002), p
- rotézy po exartikulaci v koleni – skládají se z lůžka, polycentrického mechanismu kolenního kloubu, holenního trubkového adaptéru, chodidla (May, 2002), osa pohybu kolenního kloubu je těsně pod kondyly femuru (Sosna, 2001), p
- rotézy po transfemorální amputaci – skládají se z lůžka, kolenního kloubu, holenního trubkového adaptéru, chodidla (May, 2002), p
- rotézy po exartikulaci v kyčli a hemipelvektomii – skládají se z lůžka, jednoosého kyčelního kloubu, kolenního kloub, chodidla (May, 2002). p

Rozdělení podle konstrukce:

- e
koskeletální – starší konstrukce, používaná spíše v minulosti u transfemorálních protéz (ze dřeva či polyuretanové pěny s krytem z laminátového plastu). Zatížení je přenášeno vnějším plastovým krytem (Bowker, 2002),
- e
endoskeletální – zatížení je přenášeno přes trubkový adaptér (z hliníku, titanu, uhlíkových vláken) (Bowker, 2002).

Pro výběr vhodné protézy je důležité se řídit stupněm aktivity pacienta (Kálal, 2009):

- 0
- nechodící pacient, pohyb na vozíku,
- 1
- interiérový typ, stoj, chůze v místnosti,
- 2
- limitovaný exteriérový typ, využití protézy v interiéru a omezené užití protézy v exteriéru,
- 3
- nelimitovaný exteriérový typ, chůze bez omezení, schopen práce za ulehčených podmínek,
- 4
- nelimitovaný exteriérový typ uživatele se zvláštními požadavky, plně pracující jedinci.

Popis protézy (Matějček, 2005)

Pahýlové lůžko – udává komfort protézy, vytváří kontaktní místo mezi pahýlem a protézou.

Skládá se z několika částí:

- v
ěbec – horní část lůžka, jsou zde vymodelovány opěrné plochy a body, kde se přenáší pacientova zátěž do protézy,
- s
těny – střední část lůžka, jsou modelovány podle tvaru pahýlu a jednotlivých svalových skupin,
- d
no – dolní část lůžka, má miskovitý tvar a v jeho středu může být umístěn ventil (Matějček, 2005).

Typy pahýlových lůžek:

- z
ávěsné - výroba se provádí podle tvaru amputačního pahýlu, snadno se aplikuje, ale hůře se ovládá pahýlem; hmotnost těla přenášejí opěrné body; je nutné přídavné fixační zařízení,
- s
emikontaktní - toto lůžko potřebuje přídavné fixační zařízení, snadněji se ovládá vlivem lepšího kontaktu s povrchem pahýlu
- p
lněkontaktní - vznikem podtlaku, který je regulován ventilem, dochází k plnému kontaktu lůžka s pahýlem; toto lůžko nepotřebuje přídavné fixační zařízení
- s
ilikonová a polyuretanová - k pahýlu jsou fixována elastickým napětím; pro pacienta to znamená zvýšený komfort a naopak zvýšené nároky na údržbu (Matějček, 2005).

Kyčelní kloub - uplatňuje se u exartikulací v kyčelním kloubu, u hemipelvektomie, u krátkých stehenních pahýlů. Kanadský typ kloubu je uložen ve funkční ose protézy z přední a spodní strany lůžka (Matějček, 2005).

Kolenní kloub – důležité zajištění stability protézy ve stojné i švihové fázi. U složitějších – hydraulických kloubů je švihová fáze ovlivňována tzv. tlumením. U kloubů s jednodušší stavbou je švihová fáze ovlivňována tzv. smykovým třením v kloubu. U starších a méně kondičně zdatných pacientů se využívá kolenní kloub s tzv. kloubním uzávěrem, který koleno fixuje v extenzi a pacienti ho povolí pouze v případě sedu. Modernější typy kolenních kloubů jsou řízeny mikroprocesorem s hydraulickým zařízením stojné a švihové fáze. Např. plně mikroprocesorově řízený kolenní kloub C-leg od firmy Otto Bock (Matějček, 2005).



Obrázek č. 6 Kolenní kloub Otto Boock C-leg
(http://www.lrprosthetics.com/featured_links.htm)

Periferie protézy – protetické chodidlo, chodidla vyráběna z různých materiálů (kombinace dřeva a plastu, uhlíkaté kompozity), s různou pružností (Matějček, 2005).

2.2.4 Komplikace amputací

- ráždění jizvy, vtažené či nevhodně umístěné jizvy, bolestivé neuromy (Hadraba, 2006), d
- íštěle a abscesy (Hadraba, 2006), p
- edostatečné krytí měkkými částmi jako defekt myoplastiky (Hadraba 2006), n
- atologická konicita (bez ulcerace, povrchní ulcerace, hluboké ulcerace) (Hadraba, 2006), p
- toky - jako prevence, je důležitá správná elastická bandáž naložena již na operačním sále (Hadraba, 2006), o
- ematom – prevencí je správná drenáž rány (Hadraba, 2006), h
- loubní kontraktura pahýlu – nejčastěji se jedná o flekční kontrakturu v kolenním kloubu, flekční a abdukční kontrakturu v kloubu kyčelním (Kubeš, 2005), k
- ahýlová bolest – vyskytuje se až u 50 % případů, zpravidla časem ubývá a postupně mizí (Lejčko, 2001), p
- antomová bolest – vyskytuje se asi u 50-75% pacientů v prvním týdnu po amputaci; bolest je popisovaná jako pálivá, řezavá, bodavá, palčivá; je triggerována např. emocemi, fyzikálními vlivy, meteo tropními vlivy; postupně se bolest zpravidla snižuje a po 1-2 letech může zcela vymizet (Lejčko, 2001); k ústupu pomáhá medikamentózní terapie, fyzikální procedury či neurochirurgická revize pahýlu (Kubeš, 2005); nejnovější literatura ji popisuje jako poruchu tělesného schématu (Kálal, 2009). f

2.3 Rehabilitace

„Rehabilitace (ze středověké latiny, rehabilitatio = obnovení) je snaha navrátit poškozeného člověka do předešlého tělesného stavu či sociální a právní pozice případně úspěšný výsledek této snahy.

Rehabilitace lidí poškozených nemocí nebo úrazem má být celospolečenský proces (ve smyslu tzv. ucelené, komprehenzivní rehabilitace) a představovat koordinovanou činnost všech složek společnosti (státu, institucí, organizací a jednotlivců) s cílem znovu zařadit člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního společenského života. Tento systém se řeší na úrovni zdravotnické, sociální, kulturní, pedagogické, pracovní, technické, legislativní, ekonomické, organizační a politické. Podle OSN je kvalita úrovně rehabilitace kritériem kulturní úrovně společnosti. Jde o celospolečenský proces, který se dotýká téměř všech aspektů společenského života. Z celého rozsáhlého a složitého komplexu rehabilitace se v rámci zdravotnictví realizuje rehabilitační proces jako léčebná rehabilitace.“
(<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rehabilitace>)

Rehabilitace vyžaduje komplexní terapeutický přístup, vycházející z poznatků ortopedie, ortotiky, neurologie, terapie bolesti, sociální a pracovní rehabilitace a psychologie (Kálal, 2009).

U pacientů po amputaci dolní končetiny je důležité důkladně vše dokumentovat od prvního kontaktu s pacientem. Vstupní vyšetření, průběh terapie a v závěru výstupní vyšetření s doporučeními, kterých by se měl pacient řídit.

2.3.1 Vstupní vyšetření pacienta

Vyšetření by mělo obsahovat subjektivní a objektivní obraz pacienta, důkladně zpracovanou anamnézu (rodinnou, sociální, pracovní), vyptat se na úrazy, operace a alergie, důvod amputace, medikace.

Subjektivní složku tvoří celkové pocity pacienta, bolesti, vzdálenost, kterou ujde s protézou, cíle rehabilitace, co očekává od terapie on sám, jaká je jeho míra motivace.

Objektivní složku tvoří fyzioterapeutický pohled na pacienta. Fyzioterapeut hodnotí celkové držení těla ve všech polohách, samotný stoj a stabilitu ve stoji, kvalitu chůze a její jednotlivé fáze, kvantitu chůze, manipulaci s protézou (zda si pacient je schopen nasadit protézu sám), vzhled pahýlu, vzhled a funkce ostatních končetin, celkovou zdatnost.

Seznámení pacienta s protézou provádí v první řadě protetik, který pacientovi vše vysvětlí a nacvičí s ním. Velmi často se však stává, že pacienti, kteří přichází na rehabilitaci, manipulaci s protézou nezvládají a fyzioterapeut musí nasazování protézy s pacientem důkladně nacvičit.

Dále fyzioterapeut nesmí zapomenout na technické vybavení protézy a nutnou spolupráci s protetikem.

Kromě spolupráce s protetikem spolupracuje fyzioterapeut s lékařem, ergoterapeutem, psychologem, sociálním pracovníkem, zdravotní sestrou a jiným zdravotnickým personálem.

2.3.2 Rehabilitační program

Individuální fyzioterapie:

- V
oigtova reflexní lokomoce,
- j
iné metodiky na neurofyziologickém podkladě (př. PNF),
- s
tabilizace trupu, stabilita stoje,
- v
yužití labilních ploch při cvičení v různých polohách,

- analytická cvičení zaměřená na ovlivnění kontraktur, posílení oslabených svalových skupin končetin a trupu, a
- ácvik pádů, n
- ácvik chůze a dovednosti s protézou (schody, šikminy, těžší terén). n

Vhodné doplňující procedury:

- odoléčba – př. cvičení v bazénu, vířivé koupele, v
- yzikální terapie – př. magnetoterapie, fototerapie, elektroterapie, f
- osilovna - cvičení na strojích pro posílení svalstva trupu, horních i dolních končetin, p
- rgoterapie – nácvik manipulace s protézou. e

2.3.3 Hodnocení průběhu terapie

Do dokumentace zaznamenat změny týkající se zlepšení či zhoršení stavu pacienta. Důležité postřehy během terapie. V případě úprav na protéze zaznamenat i je.

2.3.4 Výstupní vyšetření pacienta

Zajímá nás momentální stav pacienta, jak toleroval terapii, zda se dosáhlo stanoveného cíle ať ze strany terapeuta či ze strany pacienta. Popisujeme kvalitu a kvantitu chůze. Popis použité terapie, jaké metody a techniky jsme využili. Instruktaž pacienta a návaznost další péče.

2.3.5 Vybrané prvky ve fyzioterapii

2.3.5.1 Zvládnutí pádů

Fyzioterapeut by měl nejprve naučit pacienta sednout si či lehnout si na zem a následně se dostat zpět do vertikální polohy.

Pádům raději předcházet a pokud již k pádu dojde připravit pacienta na to jak má danou situaci řešit.

Nácvik pádů není vhodný u všech pacientů. Toto je důležité si důkladně rozmyslet a zvážit možná rizika.

S nácvikem začínáme od nejnižších poloh, tzn. klek a postupně jdeme do stoje. Využíváme žíněnký pro zmírnění strachu a tlumení pádu. Pokud pacient bezpečně zvládne pád z kleku, přejdeme do stoje. Ve stoji však ponecháme patřičný počet žíněnek, které v případě jistoty postupně ubíráme (Hromádková a kol., 1999).

2.3.5.2 Stabilita stoje

Nacvičujeme až poté, má-li pacient dobrou stabilitu v nižších polohách (př. vzpor klečmo, sed).

Stoj nacvičujeme s protézou i bez protézy. Než začneme s nácvikem stoje s protézou, musíme dobře znát technické vybavení a možnosti konkrétní protézy.

V začátcích je žádoucí využití pomůcek (chodítka, PB, FH, žebřiny).

Ve stoji je důležité správné nanesení pánve nad protézu a tím zatížení protézy. Aktivita hlubokého stabilizačního systému páteře je velmi důležitá. Stoj nejprve zkusíme o širší bázi a postupně bázi zužujeme. Pokud si je pacient ve stoji jistý, přidáme práci trupem a horními končetinami (př. různé úklony, předklony, vzpažení, předpažení, zapažení).

Pro efektivnost nácviku stability ve stoji můžeme využít různých balančních pomůcek (úseče), posturomed, nestabilní plošiny, míčky aj.

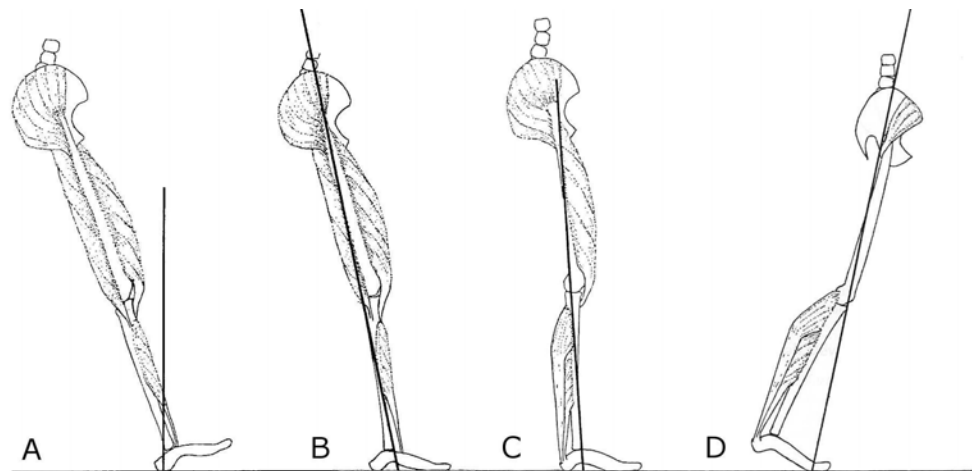
Příklady cviků:

- S
toj rozkročný, postupně přenášet váhu na PDK a LDK,
- S
toj, vzpažit, připažit,
- S
toj, rotace trupu vpravo a vlevo s upažením,
- S
toj, rychlé kmitání rukama před tělem (bubnování),
- S
toj, střídát rychlé kmitání rukama před tělem a nad hlavou,
- S
toj 1DK těsně pod schůdkem a druhou DK vykračovat nahoru a zpět – vhodné pro nácvik stojné fáze. Těžší variantou může být vykračování DK na schůdek šikmo přes stojnou DK,
- S
toj na kulové úseči, přenášení váhy různými směry,
- S
toj na AIREX (labilní podložka), střídát stoje s různou šířkou báze,
- S
toj 1DK na pevném schůdku a druhou DK na stejně vysokém schůdku s kolečkama. DK stojící na labilním schůdku provádí pohyb vpřed / vzad / stranou,
- n
ácvik stability stoje na posturomedu s využitím např. overballu (házení, chytání, podávání před tělem a za tělem,...).

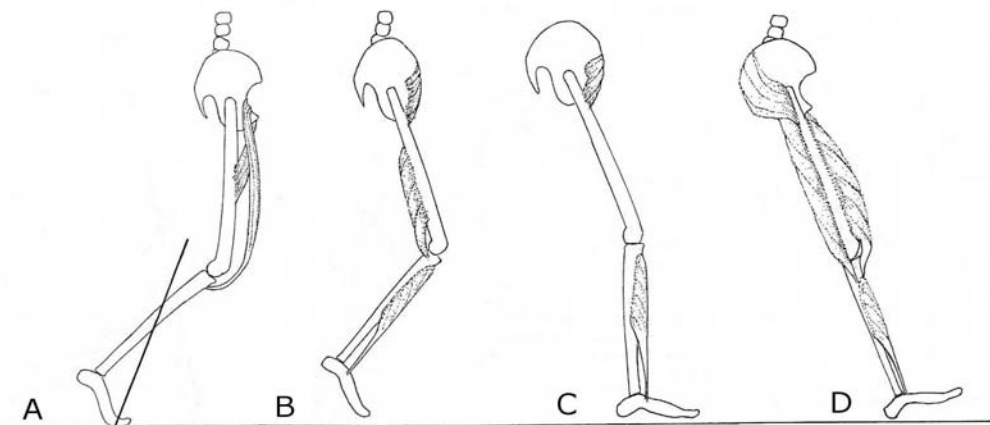
2.3.5.3 Škola chůze

Po dobrém zvládnutí stoje a stability ve stojí můžeme přejít k nácviku chůze.

Nejprve začínáme jednotlivými fázemi kroku nejlépe nácvikem v bradlech.
V první řadě se zabýváme stojnou fází, až poté švihovou fází.



Obrázek č. 7 Pohyb končetiny ve stojné fázi (Lusardi,2007)



Obrázek č. 8 Pohyb končetiny ve švihové fázi (Lusardi,2007)

V případě, že si je pacient v bradlech jistý, zkusíme přejít k chůzi s FH, PB či s chodítkem.

Mimo jiné sledujeme délku kroku, rychlost chůze, vzdálenost kam ujde a tyto parametry si zapíšeme pro pozdější kontrolu.

Po zvládnutí chůze po rovině, přejdeme na chůzi v terénu, schody, šikminy či nerovné plochy.

Chybou by bylo nacvičovat s pacientem pouze chůzi po rovných chodbách. Musíme ho připravit na chůzi ve venkovním prostředí, kde jsou nerovnosti téměř všude. Ať jsou to kopce, eskalátory v metru, vysoké schody

v tramvaji či v autobuse, různé obrubníky, kočíí hlavy, atd. Na toto všechno musí být pacient připraven a vědět jak se protéza chová. Důležité je, aby protézu ovládal pacient a ne protéza pacienta.

Příklady jednotlivých prvků školy chůze:

- n
 ácvik stojné fáze v bradlech, protéza je stojnou DK, druhá DK přechází vpřed a vzad,
- n
 ácvik švihové fáze v bradlech, protéza je švihovou DK, pacient provádí pohyb DK vpřed a vzad,
- ú
 kroky stranou s přidržením bradel,
- c
 hůze v bradlech,
- n
 ácvik chůze se 2FH – zpočátku nacvičujeme 4-dobou chůzi střídavou, která vypadá následovně: PHK – LDK – LHK – PDK; postupně přejít z chůze 4-dobé střídavé na chůzi 2-dobou střídavou (kdy se spojí švihová fáze 1DK s protilehlou HK) (Hromádková a kol., 1999),
- n
 ácvik chůze s VH – pacient drží VH na straně zdravé DK, VH slouží jako opora při stojné fázi protézy,
- p
 ři dobré stabilitě s VH můžeme přejít na chůzi bez pomůcek,
- c
 hůze po schodech – pokud pacient chodí bez pomůcek, i přes to doporučujeme z důvodu bezpečnosti přidržení zábradlí; pokud nacvičujeme chůzi s FH dodržujeme tento stereotyp - chůze do schodů: zdravá DK – protéza – FH; chůze ze schodů: FH – protéza – zdravá DK (Hromádková a kol., 1999); opět zdůrazňuji, že musíme dobře znát

možnosti protézy (obzvlášť u pacientů s amputací nad kolenním kloubem),

- c
hůze do kopce a z kopce je obdobná jako chůze po schodech.

2.3.5.4 Dovednosti s protézou

V rámci chůze nacvičujeme dovednosti s protézou, různé modifikace chůze (chůze stranou, pozadu, překračování). Dále tanec, který je pro pacienta mimo jiné výborným odreagováním po stránce psychické. Pacient není na protézu tolik soustředěný a díky partnerovi má větší jistotu a oporu.

Dále můžeme zařadit cvičení na trampolíně, slalom, různé překračování překážek, chůze po lavičce. Toto vše přispívá ke zlepšení pacientovi důvěry v protézu, získání jistoty a připravenost na chůzi v terénu.

Pokud se pacient nenaučí protéze důvěřovat, nikdy se mu nepodaří dobře protézu zatížit a perfektně chodit.

Příklady cvičení:

- h
ázení a chytání overballu za chůze,
- p
odávání si overballu či gymnaballu různými směry,
- k
utálení overballu či gymnaballu různými směry, kdy můžeme využít stoj na labilní podložce (př. AIREX),
- č
ára - chůze po čáře; překračování, kdy pacient provádí úkroky stranou a vždy jde 1DK jednou před tělem přes druhou DK a jednou za tělem přes druhou DK, totéž nacvičujeme na druhou stranu (vhodné nacvičovat před zrcadlem pro lepší pacientovu zpětnou vazbu a kontrolu). Další variantou může být chůze s využitím čáry tak, že DKK jsou pokládány vnitřní hranou chodidla těsně vedle čáry,

- s
lalom mezi kužely – stavět kužely různě daleko od sebe,
- c
hůze po lavičce,
- c
hůze po čtvercích, které rozestavíme různě daleko od sebe,
- c
hůze přes schůdky a ježky,
- k
opání s overballem, kdy pacient při odkopnutí overballu střídá DKK, další variantou může být překopávání různě vysoké překážky, odkopnutí na přesnost (př. trefit se do branky),
- p
řekračování různě vysokých překážek, kdy překážky rozestavíme na určitý počet kroků od sebe. Pozn. u stehenních amputací je vhodné překračovat překážku nejprve protézou,
- r
ůzné cvičení s obručí – kutálení, podávání, kroužení,
- u
zdatných pacientů skákání přes švihadlo,
- u
zdatných pacientů cvičení na trampolíně – pohupování, poskoky snožmo, poskoky skřižmo, poskoky roznožmo, atd.

2.3.6 Cvičení ve vodě

Cvičení ve vodě je důležitá doplňující procedura v rehabilitaci.

Můžeme ho zařadit až po zhojení jizvy, z důvodu vzniku možné infekce.

Výhody cvičení ve vodě:

- p
rotažení zkrácených svalů,
- p
osílení oslabených svalů,
- v
ýcvik stability, uvědomění si změny těžiště těla,
- p
ozitivní vliv na kardiovaskulární aparát,
- z
lepší vitální kapacity plic,
- z
lepší celkové kondice,
- c
vičení v odlehčené poloze,
- v
užití fyzikálních vlastností vody (vztlaková síla, hydrostatický tlak, odpor vody) (Čechovská a kol., 2003).

Příklady cviků:

- z
ávěš obouruč čelem ke stěně – položit se na hladinu – kraulové nohy,
- s
toj – upažit poníž s dlaněmi vpřed – kroužit vzad / vpřed / proti sobě,
- s
toj – upažit – současně jedna paže předpažit skrčmo, druhá paže zapažit skrčmo – upažením vyměnit,
- ”
žížala“ v podpaží za zády – položit se naznak na hladinu - „jízda na kole“,
- z
ávěš obouruč čelem ke stěně – opřít chodidlo o stěnu – chodidlem se chytit za tyč – „žížala“ v podpaží za zády - střídavě skrčovat a napínat koleno(a),

- Z
ávěš obouruč zády ke stěně – položit se naznak na hladinu – žízalu pod kotník – skrčit přednožmo – překlápět DKK vpravo / vlevo,
- S
toj – držet „žížalu“ obouruč u těla pod vodou – předpažit skrčmo,
- S
toj – držet „žížalu“ obouruč před tělem mírně pod vodou – rotovat trup vpravo a vlevo,
- Z
ávěš čelně ke stěně – žízalu pod kotník – zpevnit trup – přitahovat se, odtahovat se,
- Z
ávěš čelně ke stěně – žízalu pod kotník – zpevnit trup – ručkovat vpravo / vlevo,
- ”
žížala“ v podpaží za zády – položit se naznak na hladinu – s nádechem roznožit, upažit – s výdechem přinožit, připažit.

2.4 Individuální péče

Oproti zdravotní péči, která končí odchodem pacienta ze zdravotní jednotky, začíná individuální péče ve chvíli, kdy pacient projde bránou nemocnice, rehabilitačního ústavu a je odkázán jen sám na sebe.

Individuální péče není nikde jasně strukturována. Záleží na každém jednotlivci, zda si bude uvědomovat její důležitost nebo ji podcení.

Individuální péči můžeme rozdělit do dvou základních oblastí:

- S
portovní a pohybové aktivity,
- P
sychika,

příčemž oblast psychika souvisí i s neméně důležitou oblastí a to opětovné zapojení do společenského života.

2.4.1 Sportovní a pohybové aktivity

Vykonávání sportovních a pohybových aktivit není pro každého samozřejmé. Z dlouhodobého zdravotního hlediska je však velice vhodné a tělu prospěšné. Působí tak pozitivně jako prevence zdravotních komplikací. Zvyšuje aktivitu imunitního systému a odolnost tělesné schránky jedince před okolními vlivy.

Každý máme možnost volby. Můžeme být jen pasivními konzumenty sportovních aktivit ve sdělovacích prostředcích, nebo se aktivně zapojovat do vykonávání sportovních aktivit. Jaké sportovní aktivity můžeme vykonávat, záleží jen na nás. Omezení jsme pouze naší zručností, stavem tělesného zdraví a předchozími zkušenostmi s vykonáváním sportovních aktivit. Tedy právě naše vlastní zkušenosti, naše sportovní nadání v porovnání s obratností mohou být limitujícím faktorem proto, zda budeme či nebudeme schopni vykonávat danou sportovní aktivitu. Pokud mluvíme o vykonávání sportovní aktivity, máme tím na mysli absolvování sportovní aktivity na rekreační úrovni. Nemluvíme o vrcholové, nebo snad reprezentační úrovni. S ohledem na tento fakt bychom si měli uvědomit, že člověk se zdravotním hendikepem v podobě amputace dolní končetiny může podávat, dosáhnout kvalitnější sportovní výkon, než člověk plně zdravý, bez zdravotního hendikepu. Záleží vždy na typu sportovní aktivity a schopnostech daného jedince (Ježek, 2008).

2.4.1.1 Cvičení v osobním životě

Cvičení v osobním životě by se mělo stát každodenní náplní. Každý člověk po amputaci dolní končetiny by měl být seznámen s možnostmi a formami vykonávání individuální rehabilitační péče, kde je jedním z cílů instruktáž samostatného cvičení v domácím prostředí.

Cvičení by nemělo být bráno tak, že se vždy musí jednat bezpodmínečně o nějaký sport. Vhodné jsou různé varianty kompenzačních cvičení, zdravotní tělesná výchova či cvičení ve vodě.

Každý člověk ať je hendikepovaný či ne, by měl dobře pečovat o své tělo i duši.

2.4.1.2 Sportovní vyžití

Dnešní možnosti a technologické pokroky v oblasti protetiky mohou lidé s amputací dolní končetiny využít k vykonávání čím dál většího množství sportovních aktivit.

Výběr konkrétního typu sportu je někdy limitován výškou amputace. Následující výčet sportovních aktivit, pro názornost, ukazuje výčet běžně možných typů sportů vykonávaných po amputaci dolní končetiny.

Příklady sportů: plavání; cyklistika; kanoistika; fotbal (za použití FH) – možná kombinace zdravých hráčů a amputářů v týmu; inline bruslení; běh (speciální protézy s grafitovým jádrem); sjezdové (podkolenní amputace s protézou, nadkolenní amputace obvykle bez protézy) i běžecké lyžování (podkolenní amputace s protézou, nadkolenní amputace s protézou s kolenním kloubem C-leg); turistika; golf, squash (v dnešní době atraktivní sport i mezi amputáři).

2.4.2 Psychika jedince s amputací dolní končetiny

Můžeme psychiku jedince ovlivnit, nebo je psychika jedince daná již od narození?

Základem psychické stavby každého jedince jsou vlastnosti, charakteristiky geneticky zděděné po rodičích. Tato část psychiky je daná a neměnná. Psychika, kterou můžeme ovlivnit, která se vyvíjí a mění v průběhu celého života, podstatným způsobem ovlivňují lidé žijící kolem nás. Spojení jedince s určitým sociálním prostředím dokáže člověka změnit. Určité povahové rysy vtisknout, jiné pak upravit. Proces změny

psychiky určuje míru integrace, adaptace člověka do společnosti (Čakrt, 2004).

Psychika člověka je ovlivňována již od narození. Harmonické rodinné vztahy, chápavost rodičů, výchovné metody, to vše ovlivňuje formování osobnosti. Školka, škola, sportovní a zájmové kroužky, kamarádi, skupiny lidí, se kterými se dítě setkává, to vše ovlivňuje psychiku. V dospělosti to jsou pak nejrůznější skupiny lidí. Vůdčí osobnosti zájmových skupin, pracovní kultura v zaměstnání. Osobnost člověka tedy dokážeme částečně ovlivnit využitím metody přizpůsobení jedince do prostředí kolem sebe, do společnosti lidí, která si nejen uvědomuje jeho hendikep, ale aktivně se mu snaží pomoci se s hendikepem vyrovnat a tím rychleji adaptovat zpět do běžného života.

2.4.2.1 Adaptace člověka po amputaci dolní končetiny s ohledem na psychiku

Amputace dolní končetiny představuje pro jedince psychickou zátěž, dochází ke změnám kvality života, postavení ve společnosti. Každé onemocnění lze posuzovat ze tří hledisek, aspektů: somatický aspekt, psychika, sociální aspekt (Vágnerová, 2008).

Ztráta části končetiny je velký zásah do psychiky člověka. Každý pacient se s tím vyrovnává individuálně a velmi záleží na příčině amputace. Pokud byla amputace plánovaná a dlouho před ní pacient trpěl bolestmi, obvykle se s tím vyrovná lépe, než lidé, kteří byli amputováni náhle, např. vlivem úrazu (autonehody) či z důvodu malignity (Brozmanová, 1990).

Často se vyskytují deprese, obavy z budoucnosti, jak vše zvládnou, jak to přijme jeho rodina a přátelé, zda přijdou o práci.

Obvykle je nutná pomoc psychologa. Výhodou bývá komunikace a kontakt se stejně postiženými. Bohužel mnoho pacientů pomoc psychologa odmítá a nechtěně se jím svým způsobem stává fyzioterapeut či jiný zdravotnický personál.

2.4.2.2 Společenský náhled na člověka po amputaci dolní končetiny

V dnešní době se společnost snaží o integraci tělesně postižených. Důkazem toho je např. nárůst mnoha zařízení, nových budov s bezbariérovým přístupem, městská hromadná doprava se stala díky technickým vymoženostem dostupná téměř pro všechny. Bohužel tyto aspekty jsou vidět hlavně ve větších městech, ale na vesnicích a maloměstech je stále co zlepšovat. Zakládá se stále více organizací pro tělesně postižené.

Společnost má však také své stinné stránky. O krádežích a napadení tělesně postiženého jsme slyšeli ne jednou.

2.4.2.3 Rozhovor s lidmi po amputaci dolní končetiny

„Rozhovor s Jirkou Ježkem po návratu z paralympijských her v Pekingu

Jiří Ježek, paralympijský vítěz a mistr světa v cyklistice, rozšířil svou mimořádnou účastí na hrách v Pekingu vlastní sbírku medailí na pět zlatých, tři stříbrné a jednu bronzovou. Zúčastnil se čtyř závodů, přičemž z každého vytěžil cenný kov.

Zúčastnil jsi se čtyř disciplín, vybojoval čtyři medaile. Jel si na paralympiádu s takovýmto očekáváním?

Rozhodně ne! Cyklistika je nyní asi nejprofesionálnější ze všech paralympijských sportů. Konkurence je obrovská, stejně jako výkonnost závodníků. V posledních letech jsem už neměl tak výsadní pozici jako dříve. Do Pekingu jsem proto odjížděl s přáním vybojovat jednu či dvě medaile jakékoli hodnoty. To by byl pro mě úspěch. To, že z toho nakonec byly dvě zlaté, stříbro a bronz považuji za malý zázrak. Je ale pravda, že tomu zázraku jsem šel hodně naproti. Díky skvělým lidem, které kolem sebe mám a díky dlouhodobým osobním partnerům, kteří financují moji nadstandardní přípravu, jsem mohl v tréninku odvést maximum pro pozdější úspěch. Medaile a vítězství patří právě jim. Mám velkou radost, že mohu takto poděkovat i firmě Otto Bock ČR, která v „rodině“ mých podporovatelů patří k nejstálejším a nejvěrnějším!

Který ze závodů byl nejnáročnější? Byl to hned ten první, kdy jsi se ve finále utkal tváří v tvář se světovým rekordmanem Robertem Alcaidem ze Španělska?

Určitě! První závod je nejtěžší, hlavně psychicky. Člověk nikdy předem neví, jestli jeho příprava byla dostatečná, jestli se mu podařilo naladit formu právně na den D. I když jste si jisti, že jste v tréninku nic nezanedbali, nikdy do poslední chvíle nevíte, jak jste na tom v porovnání se soupeři. Já se právě na onen stíhací závod na 4km soustředil již od loňského listopadu. Právě „stíhačka“ měla být mým hlavním pekingským trumfem. A navíc Španěl Alcaideho jsem právě v této disciplíně nikdy neporazil. Byl to trochu risk, soustředit se právě na tento závod, ale s trenérem Viktorem a s manželkou Soňou jsme se loni dohodli, že to riskneme. Tušili jsme, že nový systém tréninku, který jsme společně vyvinuli, by nám mohl přinést úspěch. Podařilo se! Udělal jsem si nový fantastický osobní rekord a svého soupeře totálně převálcoval! Byla to fantazie!

Byl jsem překvapen, že se Mezinárodní paralympijský výbor rozhodl pro sloučení některých kategorií postižení, což se týkalo i tebe v případě silničního závodu. Jaké jsou všeobecné reakce sportovců na toto konání, necítí se někteří znevýhodnění?

Stejně jako na olympiádě, tak i na paralympiádě platí, že se občas objeví nové sporty či disciplíny, které samozřejmě znamenají, že jiné musí program her opustit. Aby se zachoval počet medailí v únosném množství (a nedocházelo k devalvaci), volí se v případě paralympiády též redukce množství kategorií hendikepů. Na minulých paralympiádách jsem totiž i já kritizoval, že v některých sportech a disciplínách startovalo velmi málo závodníků navíc s velice rozdílnou výkonností. Sloučením několika takových kategorií lidí s podobným hendikepem se pak závody stávají prestižnější a divácky atraktivnější. Je však třeba najít hranici, aby to bylo aspoň trochu spravedlivé.

V cyklistice takové problémy nemáme, ale abychom byli „solidární“ s ostatními sporty, přistoupilo se ke sloučení kategorií v rámci silničního závodu. Myslím, že to nikomu nevadilo. Byl to skvělý závod! V pelotonu

bylo rázem přes šedesát startujících. Rozdíly v hendikepech nebyly tak velké, myslím, že nikdo nebyl znevýhodněn. Moje kategorie byla sice sloučením nejvíce „postižena“, ale protože jsem zvyklý závodit se zdravými profesionály, nemohli mě méně hendikepovaní soupeři na startu nijak „rozhodit“ Beru to jako výzvu!

Velice úspěšně jsi se zúčastnil již třetí paralympiády. Předpokládám, že tě uvidíme i v roce 2012 v Londýně.

Je pravda, že jsem letos občas přemýšlel o ukončení kariéry. Byl jsem náročným tréninkem hodně unaven, cítil jsem se opotřebovaný, nevěřil jsem, že se mohu ještě zlepšit. Po úspěchu v Pekingu jsem se však rozhodl, že pokud mi zdraví dovolí a pokud mi zůstanou mí podporovatelé naklonění, pokusím se úspěšně reprezentovat svou zemi i na hrách v Londýně. Čtyři roky utečou, jako voda!

Můžeš prozradit, kdy se začneš cíleně připravovat na tuto paralympiádu?

Okolo 20.listopadu 2008!!! S Viktorem a se Soňou máme naplánované každé šlápnutí, takže je třeba začít včas.

Společnost Otto Bock již tradičně zabezpečovala paralympionikům bezplatný servis sportovních pomůcek a protéz přímo na sportovištích. Navštívil jsi i ty tento servisní stan?

Samozřejmě! Zaprvé jsem se chtěl podívat, zda tam nepotkám nějakého známého technika z Duderstadtu. Za dobu svého zaměstnání, kdy jsem pracoval jako ortopedický protetik, jsem se totiž během mnohých školení seznámil se spoustou odborníků z této centrály firmy Otto Bock. A na hrách v Sydney 2000 a v Aténách 2004 jsem některé z nich potkal. Tady sice žádný z nich nebyl, ale zato jsem měl možnost poznat spoustu nových. Druhým důvodem byla drobná oprava protézy po jedné kolizi při tréninku. Servis Otto Bock dostal své perfektní pověsti! Technici mi „nohu“ bleskově opravili a já jim pak po závodech mohl přinést ukázat svou medailovou kolekci.

Paralympiáda v Pekingu je neustále spojována s megalomanskými přívlastky. Byly tyto hry opravdu tak jedinečné?

Hry v Pekingu byly opravdu nezapomenutelné! Velkolepé, organizačně dokonalé, vlídné ke sportovcům a velice emotivní pro diváky. Pro mě osobně asi největší sportovní zážitek. Určitě je to však dáno mým úspěchem a také podporou mých nejvěrnějších fanoušků. Po dobu her mě totiž v Pekingu provázelo deset členů mého „fanklubu“! Bylo to pro mě tak zavazující a zároveň motivující, že jsem prostě „musel“! Pocit, že někdo kvůli mně cestuje na druhou stranu zeměkoule, že obětuje svou dovolenou a nemalé peníze, jen aby mi pomohl a prožil se mnou vrchol čtyřletého snažení, mě prostě hnál kupředu! I proto byl pro mne Peking obrovský zážitek!

V minulém čísle Dialogu jsme zmiňovali tvou autobiografickou činnost v souvislosti s knihou Frajer. Slyšel jsem, že kniha je již beznadějně vyprodána, máš již nějaké zpětné vazby?

Úplně vyprodána ještě asi není, nicméně jsem rád, že je o ni takový zájem. A ohlasy? Je mi jasné, že jako autorovi mi nikdo do očí nic negativního neřekne, ale přesto jsem strašně rád, že se každému, s kým jsem mluvil, knížka líbila. Nejdůležitější jsou pro mě reakce lidí, kterým ta kniha pomohla z nějaké životní krize. Těší mě, že mohu takto pomáhat. Pokud můj příběh někomu dodá sílu a pomůže najít cestu v obtížné situaci, pak má moje závodění stále svůj smysl! To mě drží na kole, to mě nutí vítězit!

Děkujeme za rozhovor a přejeme do budoucna mnoho šťastných a zajímavých okamžiků, aby světlo světa spatřil druhý díl tvých pamětí“ (Otto Bock ČR s.r.o., DIALOG 3, str.14,15).

Jistota na „jedné“

„Co přinesl kolenní kloub C-Leg panu Rakovanovi

V létě roku 2007 nastal jeden z mých zásadních zlomů v tomto životě – dostal jsem svůj C-Leg. Pár měsíců před tím, jsem si o protéze s tímto kolenním kloubem přečetl několik informací na internetu a byl zvědav, zda tento výrobek ve skutečnosti funguje tak, jak bylo uváděno v propagaci. Zpočátku jsem k celé této reklamě pohlížel s nedůvěrou, neboť mé dosavadní zkušenosti s minulými protézami byli vesměs negativní.

O nohu jsem přišel ve svých 12 letech v roce 1981 a první protézu začal nosit o dva roky déle. Vzhledem k mému velmi krátkému pahýlu byl vždy velký problém s uchycením lůžka a následně s pohybem protézy. Pokud se lůžko nepovedlo zrovna ideálně nasadit, začal se vždy pahýl po několika krocích pomalu z lůžka vyzouvat. Při každém kroku jsem se snažil ohýbat protézu v kolenním kloubu, což vyžadovalo vyvinutí dostatečné síly pahýlem. Po několika desítkách metrů se lůžko začalo vždy uvolňovat. To platilo prakticky u všech protéz. Dalším velkým problémem bylo občasné podvrnutí kolenního kloubu při chůzi z kopce, či po nerovném terénu. Na chůzi jsem se musel vždy plně soustředit. Pokud jsem zrovna nedával pozor, kam šlapu, docházelo často k pádům. K problému stačil malý důlek, vypadlá kostka, boule na chodníku. Z kopce jsem chodil raději bokem.

To vše se změnilo s nástupem C-Legu. Po prvních dnech používání tohoto geniálního kloubu jsem začal pociťovat celkovou úlevu při chůzi. Začal jsem vnímat protézu jako neodlučitelnou součást mého těla. Přestal jsem padat na nerovném terénu. Chůze z kopce je pro mne doslova požitek. Čím prudší kopec, tím větší zábava! Při chůzi z kopce se totiž nechávám C-Legem při každém kroku plynule snést. Při pohybu po rovině nebo do kopce mě ohyb v koleni stojí daleko méně energie. Ujdu bez problémů cca 3km i více, podle pocení pahýlu. Ze schodů můžu chodit jako každý zdravý člověk. Bez obav se pohybuji i po tmě, neboť vím, že mě C-Leg nenechá upadnout. Můžu sportovat – hraji fotbal, squash, golf, zkouším lyžovat na běžkách. Když mi to čas umožní, raději volím chůzi pěšky, než jízdu autem. No prostě paráda! C-Leg mi zkrátka v mnohém usnadnil život a ostatním jednonožkám jej můžu vřele doporučit“ (Otto Bock ČR s.r.o., DIALOG 3, str.25).

2.4.3 Zapojení do společenského života

V kapitole zapojení do společenského života se zamyslím nad tím, jakým způsobem lze využít vliv okolního prostředí v pozitivním slova smyslu a aktivně tak pomoci uspořádat plnohodnotný návrat člověka po amputaci do společnosti. Do běžného života.

Po opuštění nemocnice, prostoru relativního bezpečí, je jedinec vystaven okolním vlivům. Některé vlivy mohou být velmi silné. Mluvím tak o sugestivním tlaku. O formě působení jednoho člověka na druhého. O formě působení společnosti na jedince.

Zvlášť silné jsou pak skupinové tlaky. Tlaky, kterých se jedinec oprávněně bojí, které ho oprávněně znepokojují. Vzhledem k tomu, že většina z nás podléhá tlaku skupiny k níž patří, zákonitě se snaží přizpůsobit se jejím pravidlům. U hendikepovaného člověka může v této fázi dojít k uzavírání sebe do vlastního vnitřního já a odtržení od společnosti. Bojí se toho jak druzí na něj budou pohlížet. Druzí se naopak v lepším případě bojí něco udělat, aby se hendikepovaného člověka nedotkli, nebo nepřivodili situaci, ve které by ho uvedli do rozpaků. V horším případě pak druzí o hendikepovaném mluví jako o někom kdo není schopen zvládnout určitou činnost, nebo se neadekvátním způsobem vyjadřují k tomu, jak člověk k amputaci přišel. Jak nevhodný může být tlak necitlivě působící skupiny lidí na její hendikepované členy je všeobecně známý. Stejně tak bychom si měli být vědomi i toho, jak cíleně a efektivně může skupinový tlak ovlivnit psychický stav hendikepované osoby v pozitivním slova smyslu.

2.4.3.1 Rodinné prostředí

Přijde li člověk z nemocnice do rodinného prostředí a uvidí změnu v prostředí, do kterého se navrátil, pak bude tato změna vnímána pozitivně a podpoří jeho psychický stav.

Leckdy se nemusí jednat o zásadní stavební úpravy. Postačí jen viditelné maličkosti usnadňující průchod z jedné místnosti do druhé. Maličkosti v přístupu a opětovném ukládání věcí každodenní potřeby. Protiskluzové úpravy v koupelně, změna kobereců s dlouhým vláknem za krátké.

Samozřejmostí pak zůstává, jakým způsobem bychom se měli k člověku po návratu ze zdravotního prostředí chovat. Neměli bychom ho litovat, ale postupně ho co nejaktivněji zapojit do běžných denních činností prováděných v rodinném prostředí.

Tímto způsobem dosáhneme rychlejší míry adaptace do rodinného prostředí a hlavně nabití pocitu tepla, bezpečí, potřebnosti, důležitosti pro lidi, se kterými žije.

2.4.3.2 Společenské uplatnění

Společenské uplatnění je možná oblastí, kdy hendikepovaný člověk může být společnosti velice užitečný. Může ukázat společnosti, že i hendikepovaný člověk dokáže dosáhnout stejně vysokých cílů jako zdraví lidé.

2.4.3.3 Profesní rovina

Návrat zpět do zaměstnání může být pro jedince s amputací dolní končetiny velkým problémem, jak po stránce fyzické tak psychické. V případě nutné změny zaměstnání se nabízí pomoc od služeb jako je podporované zaměstnání či sociální rehabilitace. Cílem podporovaného zaměstnání je získat a udržet si zaměstnání na otevřeném trhu práce. Nefunguje jako služba přímého hledání zaměstnání, ale spíše jako pomoc při hledání (<http://www.formika.org/index.php?cmd=page&id=26>).

V zaměstnání platí buď a nebo. Buď máme zaměstnání, jehož výkonu nebrání změna zdravotního stavu jež nastala nebo budeme muset se zaměstnavatelem vejít v diskusi o změně pracovní pozice, pokud požadavky na pracovníka dané pracovní pozice neumožňují vykonávat stejnou pracovní pozici jako před amputací.

Tato změna může být v dnešní době asi nejvíce bolestivá. Ztráta pracovní pozice dospělého jedince je přímo úměrná ekonomické stabilitě rodiny. V rodině je pak důležité přehodnotit její náklady na každodenní provoz a ostatní související výdaje.

V každém případě amputaci dolní končetiny a tím i důsledky související s amputací, lze podstatně eliminovat výběrem vhodného typu protetické pomůcky. V dnešní době existují různé typy protetických pomůcek, jak

bylo popsáno v předchozích kapitolách, které dovedou nejen amputaci dolní končetiny opticky skrýt, ale které i pomohou k eliminaci činností, jež člověk po amputaci dolní končetiny není schopen vykonávat.

2.4.3.4 Vlastní přístup

Dle mého názoru budeme-li hendikepovaným člověkem, který na ostatní bude působit plaše, nesměle, samotářsky, zakřiknutě, pak nám okolní společnost nebude aktivně pomáhat k rychlé integraci. Pokud se naopak budeme k ostatním chovat, jako kdybych tyto vlastnosti neměl, pak nám ostatní rádi pomohou.

Po amputaci dolní končetiny si musíme uvědomit, že život pro nás neskončil. Život pro nás může být zprvu složitější, protože se musíme naučit spoustu nových věcí, spoustu nových způsobů jak vykonávat činnosti jinak. Jak vykonávat činnosti s ohledem na omezení vzniklé na základě amputace dolní končetiny, ale pokud se naučíme vše zvládat, můžeme opět dělat většinu aktivit jako dříve a naopak využít jisté formy exkluzivity, zajímavosti, díky svému hendikepu na sebe upoutat pozornost a dosáhnout tak výhody oproti ostatním.

3 Cíl práce, úkoly práce a vědecká otázka

Cíl práce:

Zjistit jakým způsobem pacient vnímá zdravotní péči z hlediska fyzioterapie a psychiky v jednotlivých etapách:

- E
tapa I. – před zahájením rehabilitační péče
- E
tapa II. – při ukončení rehabilitační péče
- E
tapa III. - s odstupem po navrácení zpět do domácího prostředí

Úkoly práce:

- O
blast I. - zjištění faktu co znamená pro člověka amputace dolní končetiny
- O
blast II. - uvědomění si důležitosti a technického provedení protéz
- O
blast III. - vnímání zdravotní péče
- O
blast IV. - vnímání následné péče o sebe sama po ukončení hospitalizace
- S
běh literatury
- V
výběr dvaceti vhodných pacientů pro dotazníkové šetření
- T
vorba a následné vyhodnocení dotazníků

Vědecká otázka:

Je reálná možnost opětovného zařazení jedince po amputaci dolní končetiny do společnosti za předpokladu, pokud mu v rámci zdravotní péče hrazené zdravotní pojišťovnou předáme i informaci o tom, co pro něj bude znamenat ukončení zdravotní péče a jak důležité pro něj je pokračování v následné individuální péči?

4 Metody a postup řešení

Ke tvorbě diplomové práce jsem zvolila metodu statistickou (dotazníkové šetření) a doplňkovou metodu (rozhovor). Otázky dotazníkového šetření byly zpracovány na základě vlastních zkušeností. Do obou dvou metod byli zahrnuti pacienti z rehabilitační kliniky Malvazinky v Praze, kde momentálně pracuji jako fyzioterapeut.

Vybraní pacienti zde absolvovali fyzioterapeutickou zdravotní péči. Všichni pacienti byli nejprve dotázáni na účast v dotazníkovém šetření, v němž vystupovali jako anonymní osoby. Celkem dotazníkové šetření absolvovalo 20 pacientů v období jednoho a půl roku.

Získávání informací od pacientů bylo relativně zdlouhavé. První dotazníkové šetření probíhalo v rámci vstupního vyšetření pacienta při přijetí. Druhé dotazníkové šetření probíhalo v závěru hospitalizace, téměř před odchodem pacienta z kliniky. Časový odstup mezi prvním a druhým šetřením byl cca 4 – 6 týdnů. Třetí dotazníkové šetření bylo provedeno s odstupem od ukončení hospitalizace cca 1-2 měsíce.

Vyplňování dotazníků ve třech částech bylo prováděno z důvodu ověření rozdílnosti odpovědí např. vlivem fyzioterapeutické péče.

Celková doba potřebná k vyhotovení jednoho šetření, jednoho příspěvku pacienta se tedy pohybovala v rozmezí dva a půl až tři měsíce. Cílem takto zdlouhavého testovacího období bylo ověřit, zda se odpovědi na položené otázky s přibývajícím časem mění.

Metody použité pro účel zpracování diplomové práce jsou v základu rozděleny na dvě. První, základní metoda je metodou statistickou, čímž je dotazníkové šetření a druhá metoda, je metoda doplňková, čímž je rozhovor s pacientem.

Statistická metoda používá pro vyhodnocování dotazník (<http://www.dotaznik-online.cz>), který se skládá ze souboru otázek členěných do jednotlivých oblastí. Každá z oblastí odpovídá stanoveným úkolům práce.

Otázka je vždy položena tak, aby bylo možné na otázku odpovědět a jednoznačně tak určit souhlas nebo nesouhlas s položenou otázkou. Hodnotící kritéria nejsou striktně postavena pouze na volbě ANO nebo NE. Hodnotící kritéria jsou vyjádřena stupnicí čísel. Stupnice počíná číslicí jedna a končí číslicí pět. Číslice jedna vyjadřuje jednoznačný souhlas s otázkou. Číslice pět pak nesouhlas. Pokud si pacient není jistý o jednoznačné své preferenci, souhlasu či nesouhlasu s položenou otázkou, má možnost se přiklonit spíše k souhlasu nebo nesouhlasu. Může zvolit i neutrální odpověď. Ta je pak vyjádřena hodnotou číslice tři.

Pacient postupně projde všechny otázky jednotlivých oblastí.

Vyplněním posledního dotazníku posledním pacientem je ukončena fáze sběru dat.

Začíná fáze zpracování dat. Prvním úkolem zpracování dat je pořízení elektronické verze dotazníku, respektive pořízení elektronické evidence odpovědí na jednotlivé otázky od všech pacientů. Zakroužkované odpovědi odpovídají vždy určité číselné hodnotě. Tato hodnota je přepsána do tabulky tabulkového editoru – Microsoft Excel. Tabulkový editor poslouží k vyhodnocení otázek. Otázky budou vyhodnoceny samostatně. Každá otázka zvlášť. Po vyhodnocení jednotlivých otázek bude vyhodnocena celá oblast jako celek.

Cílem hodnocení dotazníku stejnou osobou avšak v různých etapách rekonvalescence chci poukázat na postupnou změnu důležitosti priorit v jednotlivých etapách. Statistické vyhodnocení otázek a odpovědí by mělo ukázat trendy vývoje myšlení pacienta, i žebříček hodnot důležitosti, osobních priorit vzhledem ke konkrétním dotazovaným oblastem.

Druhou metodou je rozhovor. Rozhovor používám jako kontrolní mechanismus. Kontrolní mechanismus pro ověření zda informace vyplněné pacientem do dotazníku jsou shodné s chováním, přístupem a myšlením pacienta během fyzioterapeutické zdravotní péče. Je to de facto způsob, kterým si ověřím správnost mého úsudku na reakce, chování a přístup pacienta v průběhu fyzioterapeutické péče. V některých případech se stává, že pacient odpoví trochu jinak, nebo nejednoznačně do dotazníku, avšak

jeho přístup, chování a postoje během zdravotní péče jsou v rozporu s odpověďmi. Abych dosáhla co možná nejobjektivnějšího výstupu ze statistické metody, používám rozhovor k ověření získaných informací od pacienta.

4.1 Dotazník

Jedná se o dotazník, který se skládá z uzavřených škálových otázek, na které pacienti odpovídají výběrem jedné odpovědi z několika nabízených variant. (<http://www.dotaznik-online.cz/otazky-dotazniku.htm>; <http://www.dotaznik-online.cz/zaklady-dotazniku.htm>)

Vzor dotazníku určeného pro osoby po amputaci dolní končetiny.

Vážený pane, paní,

jsem studentkou V.ročníku Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze, oboru Tělesná a pracovní výchova zdravotně postižených a v rámci realizace své diplomové práce na téma Návrat člověka po amputaci dolní končetiny do společnosti provádím dotazníkové šetření mezi lidmi po amputaci dolní končetiny v Praze na rehabilitační klinice Malvazinky.

Soubor otázek je rozdělen do čtyř oblastí:

- O
blast I. - zjištění faktu co znamená pro člověka amputace dolní končetiny
- O
blast II. - uvědomění si důležitosti a technického provedení protéz
- O
blast III. - vnímání zdravotní péče

•

O

blast IV. - vnímání následné péče o sebe sama po ukončení hospitalizace

Prosím Vás o spolupráci a vyplnění níže uvedeného dotazníku, za což Vám předem velmi děkuji.

Vyplnění celého dotazníku Vám zabere přibližně 10 minut.

Zakroužkujte vždy prosím pouze jednu odpověď z uvedených možností, která nejvíce odpovídá vašemu názoru na položenou otázku.

Některé otázky pro Vás mohou být citlivé a nepříjemné, ale ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní.

Mockrát Vám děkuji za spolupráci a pomoc při získání důležitých informací, Petra Hulvová.

(Viz. Příloha č. 2 Dotazník – Oblast I., Příloha č. 3 Dotazník – Oblast II., Příloha č. 4 Dotazník – Oblast III., Příloha č. 5 Dotazník – Oblast IV.)

5 Výsledky, diskuse

V této kapitole jsou statisticky zpracovány dotazníky pořízené na základě anonymního dotazníkového šetření.

Výsledky každé oblasti a její příslušné etapy jsou slovně popsány a následně doplněny příslušnými tabulkami. Diskuse je doplněna informacemi získanými během průběžných rozhovorů s pacienty.

5.1 Zjištění faktu co znamená pro člověka amputace dolní končetiny

Oblast I.

Cílem položených otázek bylo zjištění skutečnosti, zda si lidé po amputaci vůbec uvědomují, co pro ně amputace znamená, jak ovlivní jejich život a zda se s tím dokáží vyrovnat.

V první etapě většina pacientů nevěděla co má od amputace očekávat. Byla zde spíše nejistota a strach z budoucnosti. Tato etapa se vyznačuje negativním vnímáním, emocionálními pocity. Pacienti bojují sami se sebou. Jsou nedůvěřiví, mají strach. Chybí jim informace, co s nimi bude dál. Mají málo motivace, pokud ji vůbec nějakou naleznou. Jejich momentální psychický stav je ovlivňován bezprostředními skutečnostmi, které musí každý den podstupovat. Během chůze bojují se strachem z pádu. Setkávají se s komplikacemi při vykonávání denní hygieny a péči o sebe sama. Pokud se pro něco rozhodnou, většinou musí požádat druhého o pomoc.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast I. – Etapa I“. Sloupce tabulky představují otázky č. 1-10 dotazníku. První sloupec udává pořadové číslo anonymního pacienta. Řádek pak dokumentuje odpovědi jednoho pacienta na všechny otázky v rámci dotazníkového šetření. Celkem se šetření zúčastnilo dvacet pacientů (dvacet řádků). Zvláště vyhrazený řádek „Ø Hodnota“ ukazuje matematický průměr hodnoty zodpovězené všemi pacienty na jednu stejnou otázku.

| Oblast I. - Etapa I. | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 1,15 | 4,80 | 1,25 | 2,15 | 3,15 | 3,30 | 3,20 | 4,25 | 3,20 | 3,35 | |
| Pacient č. | 1 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 2 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 |
| Pacient č. | 4 | 1 | 5 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 5 | 1 | 5 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 6 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 7 | 1 | 5 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 8 | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 9 | 1 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 |
| Pacient č. | 10 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 11 | 1 | 5 | 1 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| Pacient č. | 12 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 |
| Pacient č. | 13 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 14 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 15 | 1 | 5 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 2 |
| Pacient č. | 16 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 17 | 1 | 5 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 | 3 |
| Pacient č. | 18 | 1 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| Pacient č. | 19 | 2 | 5 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 2 | 4 |
| Pacient č. | 20 | 1 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 |

Tabulka 2 Odpovědi pacientů, Oblast I. – Etapa I.

Tabulka níže dokumentuje poměr zvolených hodnot ze stupnice odpovědí 1-5. Stupnice zvolených hodnot je uvedena v jednotlivých řádcích. Sloupce pak dokumentují deset otázek položených v rámci dotazníkového šetření fáze Oblast I. – Etapa I. . Tabulka pracuje s daty zaznamenanými v předešlé tabulce.

| Oblast I. - Etapa I. | | | | | |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 85,00% | 0,00% | 75,00% | 15,00% | 0,00% |
| 2 | 15,00% | 0,00% | 25,00% | 60,00% | 15,00% |
| 3 | 0,00% | 10,00% | 0,00% | 20,00% | 55,00% |
| 4 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 5,00% | 30,00% |
| 5 | 0,00% | 90,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 0,00% | 20,00% | 5,00% | 10,00% | 20,00% |
| 3 | 75,00% | 40,00% | 10,00% | 60,00% | 35,00% |
| 4 | 20,00% | 40,00% | 40,00% | 30,00% | 35,00% |
| 5 | 5,00% | 0,00% | 45,00% | 0,00% | 10,00% |

Tabulka 3 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast I. – Etapa I.

Druhá etapa je charakteristická větší informovaností získanou po dobu rehabilitační péče. Pacienti začali pomalu věřit, že se s amputací dá žít. Rehabilitační postupy jsou doprovázeny viditelnými pokroky. S pokroky přichází motivace. S neúspěchy zklamání. Musí se naučit správné technice a překonat svůj strach z pohybu. Podle povahy osobnosti, negativně doprovázené psychickým stavem, se někteří pacienti stávají zatvrzelými. Jiní rezignují a podlehnou negativním myšlenkám, co bude dál po návratu do běžného života. Většina z nich si uvědomí, že aby se jejich stav zlepšil, musí pro to něco udělat. Naučí se manipulovat s protézou, pečovat o pahýl. Naučí

se vlastní soběstačnosti. Míra vlastních pokroků a samostatnosti se různí podle věku pacienta. Mladý pacient se snaží bojovat, chce se naučit rychle chodit a nejraději by dlouhou cestu rehabilitací přeskočil a vše se naučil za jeden den, je netrpělivý a rozmrzelý. Starším pacientům brání v pokrocích jejich malá fyzická kondice tak potřebná pro úspěšné zvládnutí rehabilitační péče.

Následující tabulka sumarizuje pořizena data z fáze „Oblast I. – Etapa II.“.

| Oblast I. - Etapa II. | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 2,00 | 4,85 | 2,05 | 4,05 | 4,20 | 3,95 | 4,00 | 4,20 | 4,05 | 3,90 | |
| Pacient č. 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 |
| Pacient č. 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 |
| Pacient č. 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| Pacient č. 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Pacient č. 5 | 5 | 2 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Pacient č. 6 | 6 | 2 | 5 | 2 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 |
| Pacient č. 7 | 7 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| Pacient č. 8 | 8 | 2 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| Pacient č. 9 | 9 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| Pacient č. 10 | 10 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| Pacient č. 11 | 11 | 1 | 5 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Pacient č. 12 | 12 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Pacient č. 13 | 13 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Pacient č. 14 | 14 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 |
| Pacient č. 15 | 15 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 |
| Pacient č. 16 | 16 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| Pacient č. 17 | 17 | 2 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Pacient č. 18 | 18 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| Pacient č. 19 | 19 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| Pacient č. 20 | 20 | 2 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 2 |

Tabulka 4 Odpovědi pacientů, Oblast I. – Etapa II.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast I. – Etapa II. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast I. - Etapa II. | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 20,00% | 0,00% | 20,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 60,00% | 0,00% | 55,00% | 0,00% | 0,00% |
| 3 | 20,00% | 0,00% | 25,00% | 30,00% | 30,00% |
| 4 | 0,00% | 15,00% | 0,00% | 35,00% | 20,00% |
| 5 | 0,00% | 85,00% | 0,00% | 35,00% | 50,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 15,00% |
| 3 | 25,00% | 35,00% | 25,00% | 25,00% | 20,00% |
| 4 | 55,00% | 30,00% | 30,00% | 45,00% | 25,00% |
| 5 | 20,00% | 35,00% | 45,00% | 30,00% | 40,00% |

Tabulka 5 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast I. – Etapa II.

Třetí etapa nastává určitou dobu po ukončení rehabilitační péče. Většina pacientů si uvědomila, co pro ně amputace znamená a postupně se začali integrovat do svého prostředí. Někteří se naučili samostatnosti. Nalezli si nové, sobě vlastní způsoby a postupy jak zvládat vše kolem. Učí se zvládat nové činnosti. Setkávají se, ztrácí i nachází nové přátele. Smiřují se se svým zdravotním stavem. Smiřují se především s amputací. Získávají pozitivní zkušenosti z úspěchů dosahovaných během každého dne. Prožívají příjemné zážitky, které jim mění vnímání budoucnosti pozitivním směrem.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast I. – Etapa III.“.

| Oblast I. - Etapa III. | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 4,05 | 4,80 | 2,20 | 4,20 | 4,90 | 1,30 | 4,10 | 4,90 | 4,25 | 4,05 | |
| Pacient č. 1 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 1 | 3 | 5 | 3 | 5 | |
| Pacient č. 2 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 5 | 4 | |
| Pacient č. 3 | 1 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | |
| Pacient č. 4 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 | 5 | 3 | 3 | |
| Pacient č. 5 | 5 | 5 | 2 | 4 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| Pacient č. 6 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | |
| Pacient č. 7 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | |
| Pacient č. 8 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | |
| Pacient č. 9 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | |
| Pacient č. 10 | 4 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | |
| Pacient č. 11 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| Pacient č. 12 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 5 | 4 | 4 | |
| Pacient č. 13 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | |
| Pacient č. 14 | 4 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | |
| Pacient č. 15 | 4 | 5 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | |
| Pacient č. 16 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | |
| Pacient č. 17 | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | |
| Pacient č. 18 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | |
| Pacient č. 19 | 2 | 5 | 2 | 4 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | |
| Pacient č. 20 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 3 | 3 | |

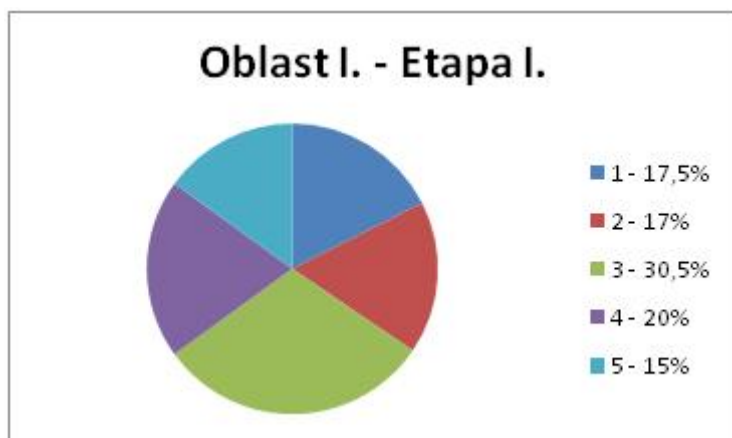
Tabulka 6 Odpovědi pacientů, Oblast I. – Etapa III.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast I. – Etapa III. dle dat pořizovaných předešlou tabulkou.

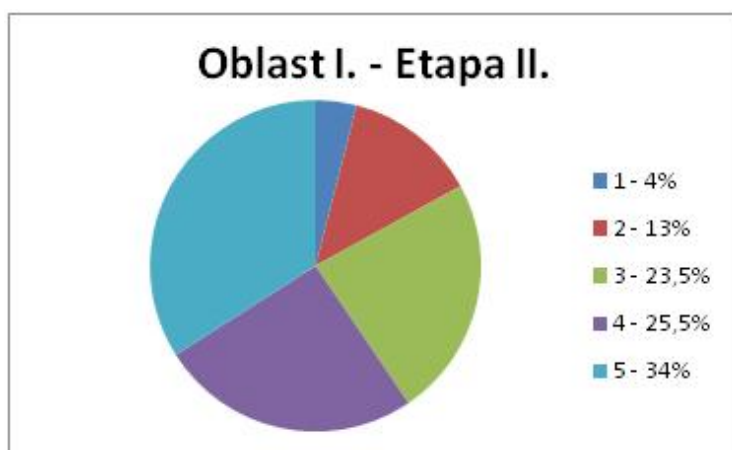
| Oblast I. - Etapa III. | | | | | |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 5,00% | 0,00% | 5,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 5,00% | 0,00% | 75,00% | 0,00% | 0,00% |
| 3 | 0,00% | 0,00% | 15,00% | 20,00% | 0,00% |
| 4 | 60,00% | 20,00% | 5,00% | 40,00% | 10,00% |
| 5 | 30,00% | 80,00% | 0,00% | 40,00% | 90,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 75,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 20,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 5,00% |
| 3 | 5,00% | 30,00% | 0,00% | 20,00% | 15,00% |
| 4 | 0,00% | 30,00% | 10,00% | 35,00% | 50,00% |
| 5 | 0,00% | 40,00% | 90,00% | 45,00% | 30,00% |

Tabulka 7 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast I. – Etapa III.

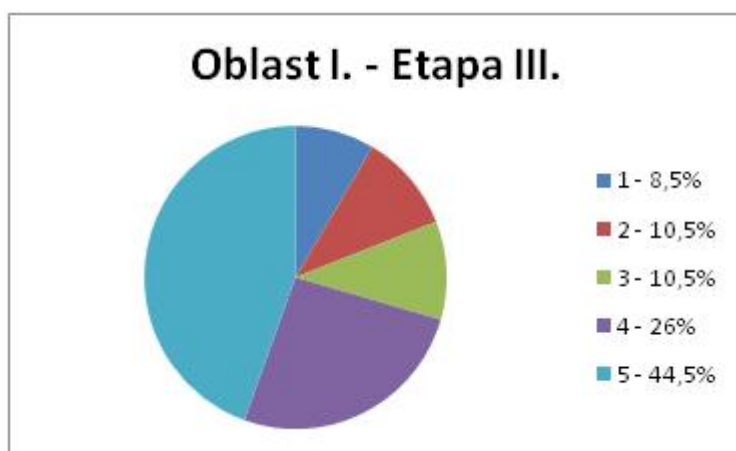
Přiložené obrázky graficky dokumentují poměr zvolených hodnot intervalu 1-5 v jednotlivých fázích vyhodnocovaných v rámci Oblasti I. a navazujících Etap I-III.



Obrázek č. 9 Oblast I. – Etapa I.



Obrázek č. 10 Oblast I. – Etapa II.



Obrázek č. 11 Oblast I. – Etapa III.

5.2 Uvědomění si důležitosti a technického provedení protéz

Oblast II.

V této oblasti se zabývám a zjišťuji povědomost pacientů o protézách. Stejně tak jak jsou protézy různé, je jiná i informovanost pacientů v oblasti protetiky. Ne, že bych chtěla, aby každý pacient byl odborníkem na protetiku, ale jistou mírou základních znalostí by měl disponovat každý pacient. Hodnotím také celkovou spokojenost či nespokojenost s jejím užíváním. Schopnost aktivně využívat protézu k běžným denním aktivitám.

První etapa je seznamovací. Pacienty obvykle protéza tlačí. Vlivem zátěže se tvar pahýlu postupem času mění. Změnou celkové tělesné váhy a používáním protézy při cvičení dochází ke změně objemu pahýlu, který obvykle hubne. Je nutné postupně proteticky měnit tvar objímky protézy. Pokud bude protéza dobře sedět během fyzioterapeutické péče, pacient začne protéze dříve důvěřovat. V první etapě vidím spíše nedostatky v informovanosti o protéze a manipulaci s ní ze strany pacienta. Obavy jak se naučí chodit a zda chůzi s protézou fyzicky zvládne. Pozoruji spíše nedůvěru v protézu.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast II. – Etapa I“. Sloupce tabulky představují otázky č. 1-10 dotazníku. První sloupec udává pořadové číslo anonymního pacienta. Řádek pak dokumentuje odpovědi jednoho pacienta na všechny otázky v rámci dotazníkového průzkumu. Celkem se šetření zúčastnilo dvacet pacientů (dvacet řádků). Zvláště vyhrazený řádek „Ø Hodnota“ ukazuje matematický průměr hodnoty zodpovězené všemi pacienty na jednu stejnou otázku.

| Oblast II. - Etapa I. | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 2,05 | 1,30 | 2,05 | 3,30 | 2,85 | 1,25 | 1,90 | 1,30 | 3,00 | 3,05 | |
| Pacient č. | 1 | 2 | 1 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| Pacient č. | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 |
| Pacient č. | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 6 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 7 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 8 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 9 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 10 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 11 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 12 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Pacient č. | 13 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 |
| Pacient č. | 14 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 15 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 |
| Pacient č. | 16 | 3 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 17 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Pacient č. | 18 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 19 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 |
| Pacient č. | 20 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 |

Tabulka 8 Odpovědi pacientů, Oblast II. – Etapa I.

Tabulka níže dokumentuje poměr zvolených hodnot ze stupnice odpovědí 1-5. Stupnice zvolených hodnot je uvedena v jednotlivých řádcích. Sloupce pak dokumentují deset otázek položených v rámci dotazníkového šetření fáze Oblast II. – Etapa I. . Tabulka pracuje s daty zaznamenanými v předešlé tabulce.

| Oblast II - Etapa I. | | | | | |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 25,00% | 75,00% | 20,00% | 0,00% | 5,00% |
| 2 | 45,00% | 20,00% | 55,00% | 20,00% | 40,00% |
| 3 | 30,00% | 5,00% | 25,00% | 40,00% | 25,00% |
| 4 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 30,00% | 25,00% |
| 5 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 10,00% | 5,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 75,00% | 40,00% | 75,00% | 0,00% | 5,00% |
| 2 | 25,00% | 35,00% | 20,00% | 30,00% | 15,00% |
| 3 | 0,00% | 20,00% | 5,00% | 45,00% | 50,00% |
| 4 | 0,00% | 5,00% | 0,00% | 20,00% | 30,00% |
| 5 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 5,00% | 0,00% |

Tabulka 9 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast II. – Etapa I.

Ve druhé etapě se většina pacientů učí manipulaci s protézou. Výuka probíhá v rámci rehabilitační péče, kde jedním z cílů je naučit pacienty manipulaci a chůzi s protézou. Pokud se pacient naučí chůzi s protézou, dosáhne velkého pozitivního kroku. Nebude už tak izolován a upoután na vozík. Dosáhne větší samostatnosti. Zlepší se mu důvěra sama v sebe. Pacient postupně přichází na to, co se s protézou dá všechno dělat. S postupnými pokroky roste motivace pacienta a zájem o další a další oblasti rehabilitační péče spojené s pohybem. Stále jsou však viditelné obavy z užívání protézy při běžných denních činnostech.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast II. – Etapa II.“.

| Oblast II. - Etapa II. | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 2,05 | 2,35 | 4,20 | 4,15 | 3,00 | 2,05 | 2,15 | 2,00 | 4,00 | 3,05 | |
| Pacient č. | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Pacient č. | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Pacient č. | 3 | 1 | 4 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 |
| Pacient č. | 5 | 1 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| Pacient č. | 6 | 1 | 1 | 5 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 |
| Pacient č. | 7 | 1 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 8 | 1 | 2 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 9 | 1 | 1 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| Pacient č. | 10 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 11 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| Pacient č. | 12 | 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 13 | 1 | 1 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 14 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 15 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 16 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 |
| Pacient č. | 17 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| Pacient č. | 18 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 |
| Pacient č. | 19 | 1 | 1 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 20 | 2 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 2 | 2 | 5 | 3 |

Tabulka 10 Odpovědi pacientů, Oblast II. – Etapa II.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast II. – Etapa II. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast II - Etapa II. | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 45,00% | 30,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 20,00% | 20,00% | 0,00% | 0,00% | 25,00% |
| 3 | 25,00% | 35,00% | 15,00% | 25,00% | 55,00% |
| 4 | 5,00% | 15,00% | 50,00% | 35,00% | 15,00% |
| 5 | 5,00% | 0,00% | 35,00% | 40,00% | 5,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 25,00% | 20,00% | 25,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 50,00% | 50,00% | 50,00% | 0,00% | 40,00% |
| 3 | 20,00% | 25,00% | 25,00% | 40,00% | 20,00% |
| 4 | 5,00% | 5,00% | 0,00% | 20,00% | 35,00% |
| 5 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 40,00% | 5,00% |

Tabulka 11 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast II. – Etapa II.

Třetí etapa je fází testovací. Pacienti začínají používat protézu i k jiným aktivitám, než byly aktivity prováděné po dobu rehabilitační péče. Ověřují si, jakým způsobem se protéza chová při běžných denních činnostech. Zjišťují, kam až lze s protézou zajít a kde možnosti protézy končí. Ve třetí etapě, s odstupem měsíce či dvou, byla většina pacientů dostatečně informována o funkci protézy a tím pádem se zvýšila i důvěra v protézu.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast II. – Etapa III.“.

| Oblast II. - Etapa III. | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 4,30 | 4,25 | 4,75 | 4,85 | 4,10 | 4,15 | 2,00 | 1,70 | 4,25 | 4,20 | |
| Pacient č. | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| Pacient č. | 7 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 8 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 9 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 10 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 11 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 12 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 13 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 4 | 5 |
| Pacient č. | 14 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 15 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 |
| Pacient č. | 16 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 17 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 |
| Pacient č. | 18 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 19 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 |
| Pacient č. | 20 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |

Tabulka 12 Odpovědi pacientů, Oblast II. – Etapa III.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast II. – Etapa III. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast II. - Etapa III. | | | | | |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 0,00% | 5,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 3 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 10,00% |
| 4 | 70,00% | 60,00% | 25,00% | 15,00% | 70,00% |
| 5 | 30,00% | 35,00% | 75,00% | 85,00% | 20,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 30,00% | 45,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 0,00% | 45,00% | 40,00% | 0,00% | 0,00% |
| 3 | 10,00% | 20,00% | 15,00% | 5,00% | 5,00% |
| 4 | 65,00% | 5,00% | 0,00% | 65,00% | 70,00% |
| 5 | 25,00% | 0,00% | 0,00% | 30,00% | 25,00% |

Tabulka 13 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast II. – Etapa III.

Přiložené obrázky graficky dokumentují poměr zvolených hodnot intervalu 1-5 v jednotlivých fázích vyhodnocovaných v rámci Oblasti II. a



navazujících Etap I-III.

Obrázek č. 12 Oblast II. – Etapa I.

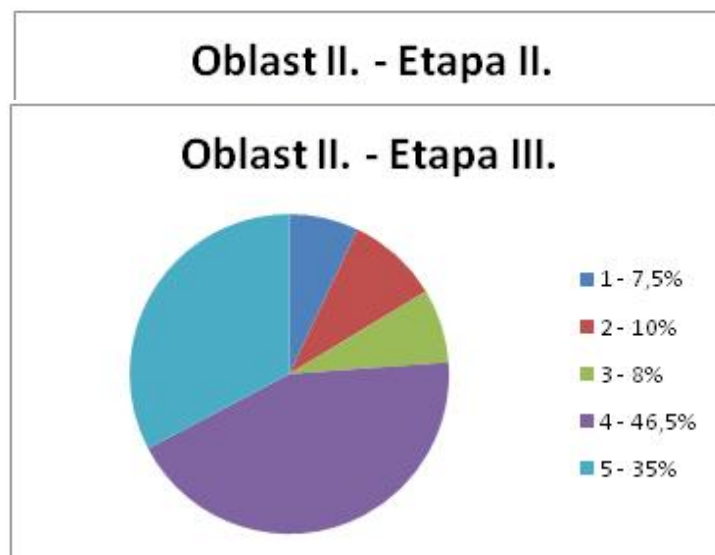
Obrázek č. 13 Oblast II. – Etapa II.

Obrázek č. 14 Oblast II. – Etapa.III.

5.3 Vnímání zdravotní péče

Oblast III.

Cílem této oblasti bylo zjištění, jak byli pacienti spokojeni se zdravotní péčí, zda jim bylo poskytnuto dostatek informací o amputaci a jak by



zhodnotili zdravotní péči zaměřenou na psychickou podporu prováděnou ze strany odborníků.

V první etapě jsem se setkala spíše s nedostatky, ve smyslu nízké informovanosti. Celkově se základní nemocniční péčí, kde chybělo nabídnutí pomoci ve smyslu psychické podpory pacientovi. Pro pacienta tak psychicky těžký a traumatizující zážitek v podobě amputace dolní končetiny je pro lékaře běžným chirurgickým výkonem. Zákrokem jako každý jiný. Pacient je připoután na lůžko. Je odkázán na pomoc druhých. Základní osobní, existenční činnosti jsou vykonávány s dopomocí. Dostatek psychické podpory a lidskosti je klíčové pro urychlení rekonvalescence pacienta.

Následující tabulka sumarizuje pořizena data z fáze „Oblast III. – Etapa I“. Sloupce tabulky představují otázky č. 1-10 dotazníku. První sloupec udává pořadové číslo anonymního pacienta. Řádek pak dokumentuje odpovědi jednoho pacienta na všechny otázky v rámci dotazníkového průzkumu. Celkem se šetření zúčastnilo dvacet pacientů (dvacet řádků). Zvláště vyhrazený řádek „Ø Hodnota“ ukazuje matematický průměr hodnoty zodpovězené všemi pacienty na jednu stejnou otázku.

| Oblast III. - Etapa I. | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 1,25 | 1,3 | 2,05 | 2,25 | 1,20 | 2,05 | 1,25 | 1,15 | 1,30 | 2,00 | |
| Pacient č. | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Pacient č. | 6 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 7 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 8 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| Pacient č. | 9 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 10 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 11 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 12 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 13 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 14 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 15 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 16 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 17 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 18 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 19 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 20 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |

Tabulka 14 Odpovědi pacientů, Oblast III. – Etapa I.

Tabulka níže dokumentuje poměr zvolených hodnot ze stupnice odpovědí 1-5. Stupnice zvolených hodnot je uvedena v jednotlivých řádcích. Sloupce pak dokumentují deset otázek položených v rámci dotazníkového šetření fáze Oblast III. – Etapa I. . Tabulka pracuje s daty zaznamenanými v předešlé tabulce.

| Oblast III. - Etapa I. | | | | | |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 75,00% | 75,00% | 40,00% | 0,00% | 80,00% |
| 2 | 25,00% | 20,00% | 30,00% | 75,00% | 20,00% |
| 3 | 0,00% | 5,00% | 15,00% | 25,00% | 0,00% |
| 4 | 0,00% | 0,00% | 15,00% | 0,00% | 0,00% |
| 5 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 15,00% | 75,00% | 85,00% | 70,00% | 25,00% |
| 2 | 65,00% | 25,00% | 15,00% | 30,00% | 50,00% |
| 3 | 20,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 25,00% |
| 4 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 5 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |

Tabulka 15 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast III. – Etapa I.

Ve druhé etapě se výsledky částečně zlepšily, stále však pozorují nedostatky v oblasti psychiky. Někteří pacienti využívají rehabilitační péči jako „hru na schovávanou“. Jako berličku, za kterou mohou schovat svůj špatný psychický stav a plně, někdy i bezhlavě se pustit do rehabilitační péče. Rehabilitační péče se jim pak zdá vždy krátká. Uteče jako voda a zase jsou na vše sami. Přestanou být středem pozornosti rehabilitačního pracovníka. Zůstanou jen oni a čas. Rehabilitace psychicky nabíjí a motivuje. Všechn ostatní čas je pak demotivující.

Následující tabulka sumarizuje porízená data z fáze „Oblast III. – Etapa II.“.

| Oblast III. - Etapa II. | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 4,10 | 3,90 | 2,05 | 4,15 | 1,05 | 4,05 | 2,15 | 3,30 | 1,20 | 2,05 | |
| Pacient č. | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 5 | 5 | 3 | 2 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 6 | 4 | 5 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 7 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 8 | 4 | 4 | 3 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Pacient č. | 9 | 4 | 3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 10 | 4 | 3 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 11 | 3 | 4 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 12 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 13 | 5 | 3 | 4 | 5 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 14 | 4 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 15 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 16 | 5 | 4 | 2 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 17 | 5 | 4 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 18 | 5 | 4 | 2 | 5 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 19 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 20 | 4 | 4 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 |

Tabulka 16 Odpovědi pacientů, Oblast III. – Etapa II.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast III. – Etapa II. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast III. - Etapa II. | | | | | |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 30,00% | 0,00% | 95,00% |
| 2 | 0,00% | 0,00% | 45,00% | 5,00% | 5,00% |
| 3 | 20,00% | 35,00% | 15,00% | 15,00% | 0,00% |
| 4 | 50,00% | 40,00% | 10,00% | 40,00% | 0,00% |
| 5 | 30,00% | 25,00% | 0,00% | 40,00% | 0,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 10,00% | 0,00% | 80,00% | 20,00% |
| 2 | 10,00% | 65,00% | 5,00% | 20,00% | 55,00% |
| 3 | 5,00% | 25,00% | 60,00% | 0,00% | 25,00% |
| 4 | 55,00% | 0,00% | 35,00% | 0,00% | 0,00% |
| 5 | 30,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |

Tabulka 17 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast III. – Etapa II.

Ve třetí etapě pozoruji opět zlepšení, avšak to co bylo zanedbáno zpočátku zdravotní péče po stránce psychiky se projevuje i v této poslední etapě. Nelze stoprocentně říci slovo zanedbané, jelikož amputace dolní končetiny je velký zásah do života jedince a smíření se s amputací potrvá delší dobu než trvala tato studie. Pacient se cítí v této etapě rozpolcený. Najednou si začne uvědomovat jak život kolem něj běží. On by rád naskočil a běžel dál. Jenže ono to nejde. Je tady ta protéza.

Následující tabulka sumarizuje porízená data z fáze „Oblast III. – Etapa III.“.

| Oblast III. - Etapa III. | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 4,75 | 4,65 | 1,90 | 4,30 | 1,05 | 4,30 | 1,90 | 4,20 | 1,10 | 1,90 | |
| Pacient č. | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 5 | 5 | 5 | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 6 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 7 | 5 | 5 | 1 | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 8 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 9 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 | 5 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 10 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 11 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 12 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 13 | 4 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 |
| Pacient č. | 14 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 2 |
| Pacient č. | 15 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 16 | 5 | 4 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 5 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 17 | 5 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 5 | 1 | 3 |
| Pacient č. | 18 | 5 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| Pacient č. | 19 | 5 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| Pacient č. | 20 | 5 | 5 | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 |

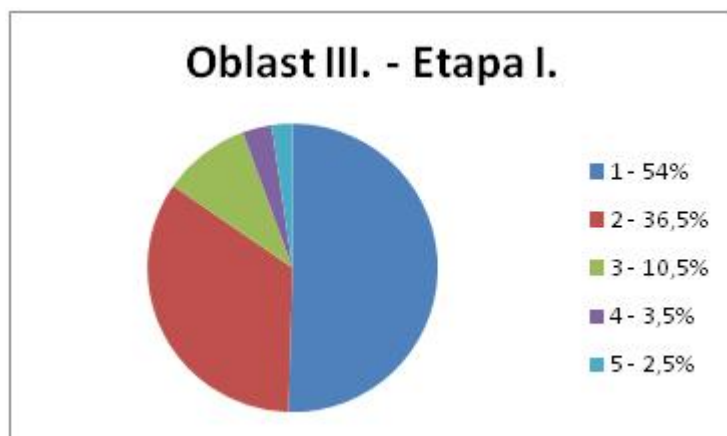
Tabulka 18 Odpovědi pacientů, Oblast III. – Etapa III.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast III. – Etapa III. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast III. - Etapa III. | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 10,00% | 0,00% | 95,00% |
| 2 | 0,00% | 0,00% | 90,00% | 0,00% | 5,00% |
| 3 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 15,00% | 0,00% |
| 4 | 25,00% | 35,00% | 0,00% | 40,00% | 0,00% |
| 5 | 75,00% | 65,00% | 0,00% | 45,00% | 0,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 25,00% | 0,00% | 90,00% | 35,00% |
| 2 | 0,00% | 60,00% | 0,00% | 10,00% | 45,00% |
| 3 | 0,00% | 15,00% | 0,00% | 0,00% | 15,00% |
| 4 | 70,00% | 0,00% | 80,00% | 0,00% | 5,00% |
| 5 | 30,00% | 0,00% | 20,00% | 0,00% | 0,00% |

Tabulka 19 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast III. – Etapa III.

Přiložené obrázky graficky dokumentují poměr zvolených hodnot intervalu 1-5 v jednotlivých fázích vyhodnocovaných v rámci Oblasti III. a

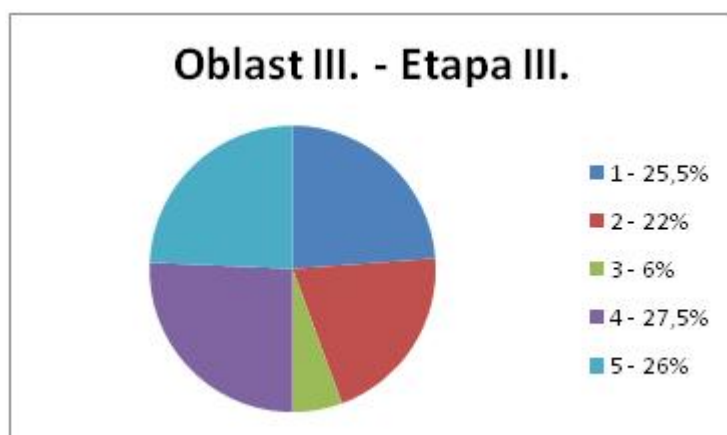


navazujících Etap I-III.

Obrázek č. 15 Oblast III. – Etapa I.



Obrázek č. 16 Oblast III. – Etapa II.



Obrázek č. 17 Oblast III. – Etapa III.

5.4 Vnímání následné péče o sebe sama po ukončení hospitalizace

Oblast IV.

V této oblasti je cílem zjištění skutečnosti, zda je pacient schopen opětovného zařazení do společnosti, hlavně poskytnutím pomoci od svých přátel a rodiny.

V první etapě jsou výsledky nejasné, hodnoty téměř stejné, což hodnotím jako nejistotu, strach, obavy. Nejistotu, strach a obavy jak ze strany pacienta, tak i ze strany jeho rodiny. V této etapě by bylo velice vhodné, kdyby rodina byla poučena lékařem či fyzioterapeutem, jakým způsobem komunikovat s pacientem. Jako vhodná se zdá forma diskuse na konkrétních případech, při kterých budou diskutovány povahové rysy pacienta a diskutovány reakce pacienta na předešlé návštěvy. Pokud rodina sama o sobě bere amputaci tragicky, pak by měl ošetřující lékař nejdříve připravit rodinu na setkání s pacientem, který je v této době velice citlivý na sebemenší podnět. Vše bere negativně a jakoukoliv pomoc vítá. Pacient by měl dostat jednoznačnou zprávu o tom, co se stalo. Rodina by měla stát při něm, motivovat ho a důrazně mu dát najevo, že se mu budou snažit pomoci se s amputací vyrovnat.

Následující tabulka sumarizuje pořizena data z fáze „Oblast IV. – Etapa I“. Sloupce tabulky představují otázky č. 1-10 dotazníku. První sloupec udává pořadové číslo anonymního pacienta. Řádek pak dokumentuje odpovědi jednoho pacienta na všechny otázky v rámci dotazníkového průzkumu. Celkem se šetření zúčastnilo dvacet pacientů (dvacet řádků). Zvláště vyhrazený řádek „Ø Hodnota“ ukazuje matematický průměr hodnoty zodpovězené všemi pacienty na jednu stejnou otázku.

| Oblast IV. - Etapa I. | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 1,30 | 4,95 | 2,05 | 3,10 | 4,35 | 4,15 | 3,05 | 3,05 | 3,20 | 1,20 | |
| Pacient č. 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | |
| Pacient č. 2 | 1 | 5 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 1 | |
| Pacient č. 3 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | |
| Pacient č. 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | |
| Pacient č. 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 2 | 1 | |
| Pacient č. 6 | 2 | 5 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | |
| Pacient č. 7 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | |
| Pacient č. 8 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 1 | |
| Pacient č. 9 | 1 | 4 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | |
| Pacient č. 10 | 1 | 5 | 1 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | |
| Pacient č. 11 | 1 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | |
| Pacient č. 12 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | |
| Pacient č. 13 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | |
| Pacient č. 14 | 1 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | |
| Pacient č. 15 | 1 | 5 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 4 | 1 | |
| Pacient č. 16 | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | |
| Pacient č. 17 | 1 | 5 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 1 | |
| Pacient č. 18 | 2 | 5 | 1 | 3 | 5 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 19 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 20 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | |

Tabulka 20 Odpovědi pacientů, Oblast IV. – Etapa I.

Tabulka níže dokumentuje poměr zvolených hodnot ze stupnice odpovědí 1-5. Stupnice zvolených hodnot je uvedena v jednotlivých řádcích. Sloupce pak dokumentují deset otázek položených v rámci dotazníkového šetření fáze Oblast IV. – Etapa I. . Tabulka pracuje s daty zaznamenanými v předešlé tabulce.

| Oblast IV. - Etapa I. | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 70,00% | 0,00% | 40,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 30,00% | 0,00% | 20,00% | 35,00% | 0,00% |
| 3 | 0,00% | 0,00% | 35,00% | 25,00% | 10,00% |
| 4 | 0,00% | 5,00% | 5,00% | 35,00% | 45,00% |
| 5 | 0,00% | 95,00% | 0,00% | 5,00% | 45,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 80,00% |
| 2 | 0,00% | 20,00% | 45,00% | 20,00% | 20,00% |
| 3 | 10,00% | 55,00% | 20,00% | 40,00% | 0,00% |
| 4 | 65,00% | 25,00% | 20,00% | 40,00% | 0,00% |
| 5 | 25,00% | 0,00% | 15,00% | 0,00% | 0,00% |

Tabulka 21 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast IV – Etapa I.

Ve druhé etapě je viditelné, že pacienti vnímají pomoc rodiny a přátel mnohem více, jsou optimističtější, komunikují. Snaží se přistupovat k rehabilitaci aktivněji. Většina z nich cvičí i mimo rehabilitační hodiny předepsané ošetřujícím lékařem. Návštěvám rádi ukazují své pokroky. Zkoušejí vykonávat aktivity, které v minulých dne nedokázali. Každý malý krůček je těžší a motivuje. V této části bychom měli s pacienty mluvit o nutnosti jejich aktivního přístupu. Měli bychom je motivovat, ale zároveň jim nezapomenout zmínit, že každý malý pokrok by měl být vykonaný s rozumem a zodpovědností. Měli bychom pacientovi vštípit myšlenku o nutnosti přemýšlet o tom, co dělá a o dopadech toho co dělá. Jen tak bude moci dále samostatně pokračovat v osobních zlepšeních.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast IV. – Etapa II.“.

| Oblast IV. - Etapa II. | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 3,25 | 4,85 | 2,15 | 4,00 | 4,15 | 4,00 | 4,20 | 3,00 | 4,05 | 2,00 | |
| Pacient č. 1 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 2 | 2 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| Pacient č. 3 | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | |
| Pacient č. 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 | |
| Pacient č. 6 | 4 | 5 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | |
| Pacient č. 7 | 4 | 5 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | |
| Pacient č. 8 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 9 | 3 | 5 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 | 3 | 2 | |
| Pacient č. 10 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 11 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | |
| Pacient č. 12 | 2 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | |
| Pacient č. 13 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | |
| Pacient č. 14 | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 2 | |
| Pacient č. 15 | 3 | 5 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 16 | 3 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | |
| Pacient č. 17 | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | |
| Pacient č. 18 | 3 | 5 | 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 19 | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | |
| Pacient č. 20 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | |

Tabulka 22 Odpovědi pacientů, Oblast IV. – Etapa II.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast IV. – Etapa II. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast IV. - Etapa II. | | | | | |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 15,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 10,00% | 0,00% | 55,00% | 0,00% | 0,00% |
| 3 | 60,00% | 0,00% | 30,00% | 10,00% | 15,00% |
| 4 | 25,00% | 15,00% | 0,00% | 80,00% | 55,00% |
| 5 | 5,00% | 85,00% | 0,00% | 10,00% | 30,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 15,00% |
| 2 | 0,00% | 0,00% | 45,00% | 0,00% | 70,00% |
| 3 | 15,00% | 0,00% | 20,00% | 25,00% | 15,00% |
| 4 | 70,00% | 80,00% | 25,00% | 45,00% | 0,00% |
| 5 | 15,00% | 20,00% | 10,00% | 30,00% | 0,00% |

Tabulka 23 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast IV. – Etapa II.

Ve třetí etapě, která je hodnocena s odstupem, de facto po nějaké době od ukončení rehabilitační péče a návratu do rodinného prostředí je pomoc rodiny a přátel zřejmá.

Ráda bych však upozornila na skutečnost, že pacienti, kteří byli zahrnuti do dotazníkového šetření, vnímají pomoc rodiny pozitivně možná vlivem krátké doby po amputaci. Z vlastní zkušenosti, na základě rozhovoru s některými pacienty, kteří byli po amputaci dolní končetiny déle než např. tři, pět, deset let mohu potvrdit, že rodina či přátelé se mohou postupem času vzdálit, toto zjištění však již nespadá do našeho dotazníkového šetření.

Následující tabulka sumarizuje pořízená data z fáze „Oblast IV. – Etapa III.“.

| Oblast IV. - Etapa III. | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Ø Hodnota | 4,30 | 4,90 | 2,00 | 4,10 | 4,85 | 4,25 | 4,85 | 4,15 | 4,75 | 3,05 | |
| Pacient č. | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 2 |
| Pacient č. | 2 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 3 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| Pacient č. | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 6 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 7 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| Pacient č. | 8 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 9 | 5 | 4 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 |
| Pacient č. | 10 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 11 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 12 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 13 | 4 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| Pacient č. | 14 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 15 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 16 | 4 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Pacient č. | 17 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 |
| Pacient č. | 18 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 19 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| Pacient č. | 20 | 4 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 |

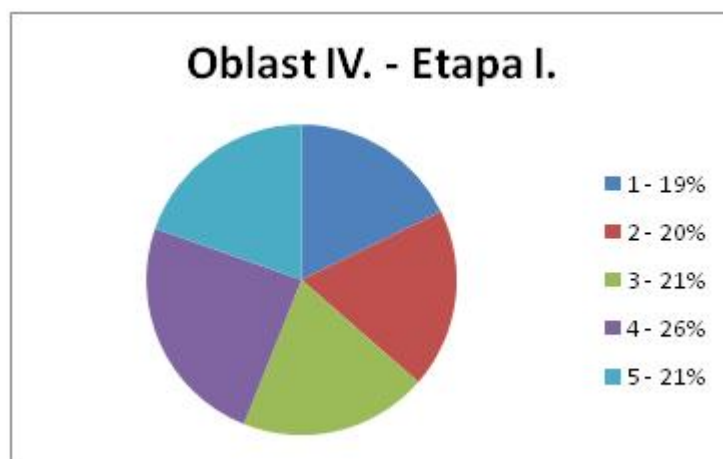
Tabulka 24 Odpovědi pacientů, Oblast IV. – Etapa III.

Tabulka níže vyhodnocuje poměr zvolených hodnot fáze Oblast IV. – Etapa III. dle dat pořízených předešlou tabulkou.

| Oblast IV. - Etapa III. | | | | | |
|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Otázka | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 15,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 0,00% | 0,00% | 70,00% | 0,00% | 0,00% |
| 3 | 0,00% | 0,00% | 15,00% | 15,00% | 0,00% |
| 4 | 70,00% | 10,00% | 0,00% | 60,00% | 15,00% |
| 5 | 30,00% | 90,00% | 0,00% | 25,00% | 85,00% |
| Otázka | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Odpověď | | | | | |
| 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 2 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 15,00% |
| 3 | 10,00% | 0,00% | 10,00% | 5,00% | 65,00% |
| 4 | 55,00% | 15,00% | 65,00% | 15,00% | 20,00% |
| 5 | 35,00% | 85,00% | 25,00% | 80,00% | 0,00% |

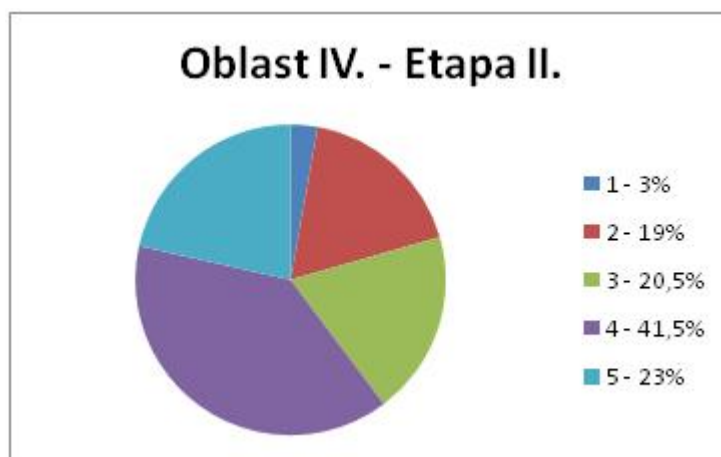
Tabulka 25 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast IV. – Etapa III.

Přiložené obrázky graficky dokumentují poměr zvolených hodnot intervalu 1-5 v jednotlivých fázích vyhodnocovaných v rámci Oblasti IV. a

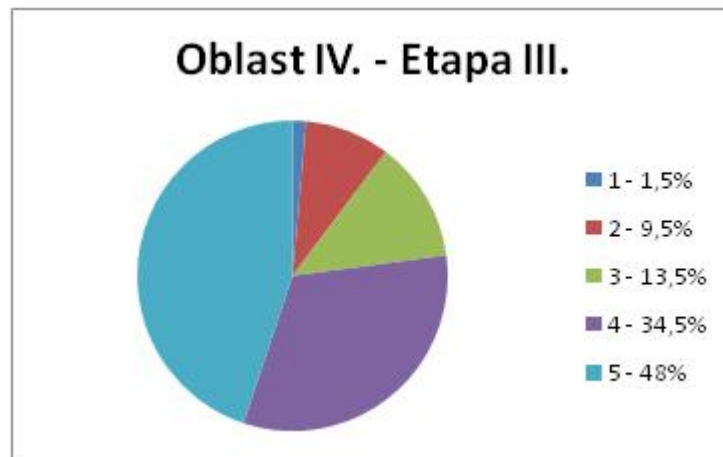


navazujících Etap I-III.

Obrázek č. 18 Oblast IV. – Etapa I.



Obrázek č. 19 Oblast IV. – Etapa II.



Obrázek č. 20 Oblast IV. – Etapa III.

Vědecká otázka

Stanovená vědecká otázka, zda je reálná možnost opětovného zařazení jedince po amputaci dolní končetiny do společnosti, se potvrdila.

Aby tato opětovná integrace byla co možná nejrychlejší, měl by být ve stávající zdravotní péči a následné individuální péči kladen větší důraz na intenzivnější práci s psychikou pacienta a metodické vedení všemi fázemi rekonvalescence. S pacientem by mělo být diskutováno, co pro něj bude znamenat ukončení zdravotní péče a jak důležité pro něj je pokračování v následné individuální péči.

Na základě těchto faktů si dovoluji prohlásit, že vyřčená hypotéza je potvrzena, avšak za nedostačující pokládám psychickou podporu ať již ze strany odborníků či rodiny a přátel.

6 Závěr

V závěru práce shrnu výsledky příslušných oblastí a jejich jednotlivých etap, dále navrhnu několik řešení k jejich zlepšení.

Oblast I. - zjištění faktu co znamená pro člověka amputace dolní končetiny

V první etapě většina pacientů neměla dostatek informací o tom, co mají od amputace očekávat, byl zjevný špatný psychický stav, malá motivace.

V etapě druhé již pacienti vlivem rehabilitační péče získali více informací, zvýšila se míra motivace. Stále však přetrvávaly obavy jak vše zvládnou v budoucnosti. Ve třetí etapě částečně došlo ke smíření se s amputací a k postupnému začleňování do jejich prostředí.

Oblast II. - uvědomění si důležitosti a technického provedení protéz

V první etapě dostali pacienti pouze základní informace o protéze, málo z nich si dokázalo představit, co vše s protézou zvládnou. Byla zde spíše nedůvěra v protézu, nejistota sama v sebe. Ve druhé etapě získáním informací od fyzioterapeutů, lékařů či protetiků, získala většina pacientů dostatek informací o protéze. Ve třetí etapě se většina pacientů naučila využívat protézu při běžných denních činnostech a zvýšila se u nich důvěra v protézu i jejich schopnosti.

Oblast III. - vnímání zdravotní péče

V první etapě většina pacientů nebyla spokojená, hlavně ve smyslu informovanosti a psychické podpory. Výsledky v druhé a třetí etapě se od sebe příliš nelišily, avšak vlivem rehabilitační péče byla zdravotní péče hodnocena pozitivněji.

Oblast IV. - vnímání následné péče o sebe sama po ukončení hospitalizace

V první etapě si většina pacientů nedokázala představit, co je čeká po skončení hospitalizace, jak vše doma zvládnou. Ve druhé etapě, během rehabilitace, byla u většiny z nich zjevná pomoc rodiny a přátel. Zlepšila

se komunikace. Ve třetí etapě, vlivem začlenění zpět do rodinného prostředí, většina pacientů představu získala.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem pacient vnímá zdravotní péči z hlediska fyzioterapie a psychiky v jednotlivých etapách. Došla jsem k závěru, že ve zdravotní péči je poněkud zanedbávána péče o psychiku. Největší úsilí je zaměřeno na výuku chůze a vykonávání aktivit spojených s pohybem. Málo úsilí je věnováno psychické stránce zdravotní péče.

Nyní několik doporučení, co bychom měli udělat proto, aby se lidé s amputací dolní končetiny co nejdříve a psychicky pro ně co nejpříjemněji zařadili zpět do společnosti:

- m
ěli bychom jim psychicky pomoci v opětovném získání důvěry a pocitu potřebnosti pro druhé,
- m
ěli bychom jednotlivcům ukázat, že život od teď může mít jiné hodnoty. Možná oproti dřívějším ne tak pompézní a viditelné, ale i přesto se z nich lze radovat a těšit se,
- m
ěli bychom jim v rámci odborné psychiatrické péče, nebo související lékařské zdravotní péče vysvětlit, že je nutné se s amputací dolní končetiny vyrovnat,
- v
rámci nemocniční péče by mělo dojít ke konzultaci ošetřujícího lékaře s rodinou pacienta. Měla by jim být vysvětlena důležitost psychické podpory a na konkrétních příkladech diskutovány specifické možnosti pomoci člověku s amputací,
- r
rodina a blízcí by měli být seznámeni s důležitostí převzetí lékařské péče a

pokračování péče i v domácím prostředí. Jen tak pomohou co nejvíce zkrátit dobu rekonvalescence a navrácení do běžného života,

•

v

dalších navazujících výzkumných šetřeních by se mělo prozkoumat, jakým způsobem rozšířit osvětu do běžné populace, například na školách, nebo s využitím sdělovacích prostředků, která by byla cíleně zaměřena na výuku a seznámení se způsoby, jak pomoci lidem se zdravotním postižením se co nejdříve opětovně integrovat do společnosti.

Člověk po amputaci dolní končetiny se může navrátit do společnosti lidí, do prostředí ve kterém žil. Jak rychle se vrátí zpět mezi nás, mezi Vás blízké, záleží pouze na míře pomoci a porozumění jakou mu dáme.

Seznam použité literatury

BAUMGARTNER, R., BOTTA P. *Amputation und Prothesenversorgung*. 3.vollständig überarbeitete Auflage, 2008 Georg Thieme Verlag KG, str. 469, ISBN 978-3-13-136153-0

BOWKER, H. K. – MICHAEL, J. W. *Atlas of Limb Prosthetics*. Surgical, Prosthetic, and Rehabilitation Principles. 2nd ed. 2002, Rosemont, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons 1992, str. 930, ISBN 0-8016-0209-2

BROZMANOVÁ, B. *Ortopedická protetika*. Martin: Osveta, 1990, str. 478, ISBN 80-217-0133-1

ČAKRT, M. *Typologie osobnosti*. 1. vyd., Management Press 2004, str. 364, ISBN 80-7261-112-7

ČECHOVSKÁ, I., NOVOTNÁ, V., MILEROVÁ, H. *Aqua-fitness*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2003, str. 130, ISBN 80-247-0462-5

DIALOG, *Das Magazin der Otto Bock HealthCare*, MESSE-SPECIAL ORTHOPÄDIE + REHA-TECHNIK, MAI 2010

Dotazník online. *Jak na dotazník*. [online], [2009-04-10]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/index.htm>; <http://www.dotaznik-online.cz/zaklady-dotazniku.htm>

DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003., str. 104, ISBN 80-244-0609-8

FILKA, J. *Metodika tvorby diplomové práce*. 1. vyd. Brno: KNIHAŘ, 2002, str. 214, ISBN: 80-86292-05-3

FOPTO - Federace ortopedických protetiků. „*Ortopedická protetika*“, oborové odborné periodikum, ISSN 1212-6705

FORMIKA, občanské sdružení. *Podporované zaměstnání*. 2010, [online], [2010-05-15]. Dostupné z: <http://www.formika.org/index.php?cmd=page&id=26>

HADRABA, I. *Ortopedická protetika II.část*. UK v Praze, nakl. Karolinum, 2006, str. 106, ISBN 80-246-1296-8

HENDL, J., BLAHUŠ, P. *Metodologie závěrečné práce*. UK FTVS Praha, [online], [2010-04-21]. Dostupné z: <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/index1.htm>

HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1.vyd. Jinočany, H&H Vyšehradská, s.r.o., 1999, str. 428, ISBN 80-86022-45-5

JANDA, V. *Funkční svalový test*. Praha: Grada, 1996, str. 325, ISBN 80-7169-208-5

JEŽEK, J. *Frajer*. Praha: nakl. XYZ, 2008, str. 206, ISBN 978-80-7388-066-8

KÁLAL, J. *Rehabilitace u pacientů po amputaci končetin*. In KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha, 1.vyd., Galén 2009, str. 533-536, str. 713, ISBN 978-80-7262-657-1

KRALOVIČOVÁ, M. *Pacient po amputácii nohy*. Sestra, 2005, roč. 4, č. 6, str. 28-29

KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. Příloha časopisu Ortopedická protetika, 11/2000

KUBEŠ, R. *Amputace*. In DUNGL, P. aj. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005, str. 165-176, str. 1280, ISBN 80-247-0550-8

LEJČKO, J. *Fantomová bolest*. Doporučené postupy. 2001, [online], [2010-05-15]. Dostupné z: http://www.lecba-bolesti.cz/dokumenty/fantomova_bolest.pdf

LEJČKO, J. *Fantomová bolest*. Lékařské listy, Příloha Zdravotnických novin 2002, roč. 51, č. 25, str. 18-20

LEWIT, K. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5.vyd. Praha: Sdělovací technika, spol. s.r.o. ve spolupráci s českou lékařskou společností J.E.Purkyně, 2003, str. 411, ISBN 80-86645-04-5

Little Rock Prosthetics, Inc. *Featured Links*. [online]. [cit. 2010-06-03]. Dostupné z: http://www.lrprosthetics.com/featured_links.htm

LUSARDI, M. M. – NIELSEN, C.C. *Orthotics and Prosthetics in Rehabilitation*. 2nd ed. 2007 Elsevier Inc., ISBN 0-7506-7479-2

M.A. ORTOPEDICKÁ PROTETIKA s.r.o., kolektiv firmy, *Rady a návody pro pacienty*, [online], [2010-07-30]. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/navod.html>

MATĚJÍČEK, M. *Ortopedická protetika*. In DUNGL, P. aj. *Ortopedie*, Praha 2005, str. 141-161, str. 1280, ISBN 80-247-0550-8

MAY, B. J. *Amputations and prosthetics: a case study approach*. F.A. Davis Company 2002, 2nd ed., str. 276, ISBN 0-8036-0839-X

ÖSSUR: Life without Limitations. *Informace pro uživatele, Amputace a rehabilitace*, [online], [cit. 2010-06-03]. Dostupné z: <http://www.ossur.cz/pages/6562>

Otto Bock ČR s.r.o., [online]. Dostupné z: <http://www.ottobock.cz/>

Otto Bock ČR s.r.o., DIALOG 3

Pro sestry cz., studijní materiály, [online], [2010-05-15]. Dostupné z: http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_u_klientu_po_ampu_taci

RYBOLT, R. *Jak porazit depresi*. 1.vyd., Práh 2009, str. 264, ISBN 978-80-7252-250-7

SEYMOUR, R. *Prosthetics and orthotics – Lower limb and Spinal*. Lippincott Williams & Wilkins 2002, ISBN 0-7817-2854-1

SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001, str. 175, ISBN 807254-202-8

STONOŽKA, Já a můj C-leg :-). Dostupné z: <http://www.sto-nozka.cz/?p=27>, [online]

TROJAN, S. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2001, str. 226, ISBN 80-2470-031-X

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd., Praha: Portál, 2008, str. 870, ISBN 9788073674144

VAN DER MEIJ, W.K.N. *No leg to stand on*. Thesis edition - University of Groningen, Netherlands, 1995, str. 256, ISBN 90-9008240-9

VOJTAŠŠÁK, J. *Ortopédia*. Bratislava: SAP-Slovak Academic Press, 1998, str. 796, ISBN 80-88908-00-0

Wikipedie – otevřená encyklopedie, [online], [2010-06-21]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rehabilitace>

ZEMAN, M. *Speciální chirurgie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2004, str. 575, ISBN 80-7262-260-9

Přílohy

| | |
|--|-----|
| Příloha č. 1 Seznam obrázků a tabulek..... | 108 |
| Příloha č. 2 Dotazník – Oblast I..... | 110 |
| Příloha č. 3 Dotazník – Oblast II. | 112 |
| Příloha č. 4 Dotazník – Oblast III. | 114 |
| Příloha č. 5 Dotazník – Oblast IV. | 116 |

Příloha č. 1 Seznam obrázků a tabulek

| | |
|--|----|
| Obrázek č. 1 Amputace v oblasti nad kolenem (Seymour, 2002)..... | 20 |
| Obrázek č. 2 Amputace v oblasti pod kolenem (Seymour, 2002) | 22 |
| Obrázek č. 3 Amputace v oblasti nohy (Seymour, 2002) | 23 |
| Obrázek č. 4 Bandážování pahýlu (http://www.maprotetika.cz/navod.html) | 27 |
| Obrázek č. 5 Polohování pahýlu (http://www.maprotetika.cz/navod.html) .. | 28 |
| Obrázek č. 6 Kolenní kloub Otto Boock C-leg (http://www.lrprosthetics.com/featured_links.htm) | 33 |
| Obrázek č. 7 Pohyb končetiny ve stojné fázi (Lusardi,2007) | 40 |
| Obrázek č. 8 Pohyb končetiny ve švihové fázi (Lusardi,2007)..... | 40 |
| Obrázek č. 9 Oblast I. – Etapa I..... | 72 |
| Obrázek č. 10 Oblast I. – Etapa II..... | 72 |
| Obrázek č. 11 Oblast I. – Etapa III. | 72 |
| Obrázek č. 12 Oblast II. – Etapa I..... | 80 |
| Obrázek č. 13 Oblast II. – Etapa II. | 80 |
| Obrázek č. 14 Oblast II. – Etapa.III. | 80 |
| Obrázek č. 15 Oblast III. – Etapa I. | 88 |
| Obrázek č. 16 Oblast III. – Etapa II. | 88 |
| Obrázek č. 17 Oblast III. – Etapa III..... | 89 |
| Obrázek č. 18 Oblast IV. – Etapa I. | 97 |
| Obrázek č. 19 Oblast IV. – Etapa II. | 97 |
| Obrázek č. 20 Oblast IV. – Etapa III..... | 98 |
| | |
| Tabulka 1 Vývoj počtu amputací a jejich příčin v ČR (Kálal, 2009) | 19 |
| Tabulka 2 Odpovědi pacientů, Oblast I. – Etapa I. | 64 |
| Tabulka 3 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast I. – Etapa I. | 66 |
| Tabulka 4 Odpovědi pacientů, Oblast I. – Etapa II. | 68 |
| Tabulka 5 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast I. – Etapa II. | 69 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 6 Odpovědi pacientů, Oblast I. – Etapa III..... | 70 |
| Tabulka 7 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast I. – Etapa III..... | 71 |
| Tabulka 8 Odpovědi pacientů, Oblast II. – Etapa I. | 74 |
| Tabulka 9 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast II. – Etapa I. | 75 |
| Tabulka 10 Odpovědi pacientů, Oblast II. – Etapa II..... | 76 |
| Tabulka 11 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast II. – Etapa II..... | 77 |
| Tabulka 12 Odpovědi pacientů, Oblast II. – Etapa III..... | 78 |
| Tabulka 13 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast II. – Etapa III. | 79 |
| Tabulka 14 Odpovědi pacientů, Oblast III. – Etapa I..... | 82 |
| Tabulka 15 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast III. – Etapa I..... | 83 |
| Tabulka 16 Odpovědi pacientů, Oblast III. – Etapa II..... | 84 |
| Tabulka 17 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast III. – Etapa II. | 85 |
| Tabulka 18 Odpovědi pacientů, Oblast III. – Etapa III. | 86 |
| Tabulka 19 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast III. – Etapa III. | 87 |
| Tabulka 20 Odpovědi pacientů, Oblast IV. – Etapa I..... | 91 |
| Tabulka 21 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast IV – Etapa I..... | 92 |
| Tabulka 22 Odpovědi pacientů, Oblast IV. – Etapa II. | 93 |
| Tabulka 23 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast IV. – Etapa II. | 94 |
| Tabulka 24 Odpovědi pacientů, Oblast IV. – Etapa III. | 95 |
| Tabulka 25 Procentuelní poměr odpovědí, Oblast IV. – Etapa III. | 96 |

Příloha č. 2 Dotazník – Oblast I.

| Oblast I. | | | | |
|---|---|-------|---|----|
| Myslíte si, že amputace dolní končetiny Vám zásadně změní život? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Vaše amputace byla provedena v důsledku úrazu, traumatu? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Myslíte si, že amputace Vám přinese komplikace v životě? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Myslíte si, že pro Vás bude problém manipulace a chůze s protézou? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Máte problémy s psychickým smířením se s amputací? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Dal(a) by jste raději přednost vozíku před protézou? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Máte pocit, že se na Vás okolí dívá jako na někoho zvláštního, divného, | | | | |

| Oblast I. | | | | |
|---|---|-------|----|---|
| exotického? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ano | | nevím | ne | |
| Potřebujete pomoc s hygienou a s oblékáním? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ano | | nevím | ne | |
| Změní se nějak Váš osobní život? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ano | | nevím | ne | |
| Bojíte se ukončení vztahu s Vaším stávajícím partnerem? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ano | | nevím | ne | |

Příloha č. 3 Dotazník – Oblast II.

| Oblast II. | | | | |
|---|---|-------|---|----|
| Chybí Vám informace o protéze a informace o tom jak s protézou manipulovat? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Máte bolesti při chůzi s protézou? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Potřebujete pomoc při manipulaci s protézou? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Myslíte si, že Vaše okolí si na první pohled všimne, že máte protézu? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Brání Vám protéza v činnostech, které provádíte ve volném čase? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Dělá Vám problémy důvěřovat protéze? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Oblast II.

Myslíte si, že používání protézy ovlivnilo Vaši fyzickou krásu?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Cítíte se znevýhodněn(a) ve svém okolí vlivem používání protézy?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Máte problémy při chůzi v nerovném terénu?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Omezuje Vás typ používané protézy ve vykonávání Vašeho zaměstnání?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Příloha č. 4 Dotazník – Oblast III.

| Oblast III. | | | | |
|---|---|-------|---|----|
| Máte pocit nedostatku informací o tom jak používat protézu? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Potřebujete pomoc s péčí o pahýl? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Myslíte si, že je zdravotní péče týkající se psychiky pacienta zanedbávána oproti fyzioterapii? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Máte výhrady k nemocniční péči? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Myslíte si, že by měla být zdravotní péče rozšířena více o psychiatrickou péči? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Po ukončení zdravotní péče jste se uzavřel sám do sebe a máte potíže komunikovat s okolím? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Oblast III.

Jsou činnosti, o kterých si myslíte, že je nezvládnete?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Přestal(a) jste se radovat ze života?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Změnilo se pořadí Vašich morálních hodnot?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Omezuje Vás typ používané protézy ve vykonávání Vašeho zaměstnání?

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |

Příloha č. 5 Dotazník – Oblast IV.

| Oblast IV. | | | | |
|--|---|-------|---|----|
| Máte problémy se zařazením zpět do pracovního procesu? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Obrátila se k Vám Vaše rodina zády? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Myslíte si, že Vaše rodina to zvládá lépe jak vy? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Setkáváte se nadále se všemi kamarády? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Máte strach z návštěvy přátel? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Přišel jste o nějaké přátele? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Bráníte se získání nových přátel v kolektivu amputářů? | | | | |

| Oblast IV. | | | | |
|---|---|-------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Vzdal(a) jste se svých koníčků? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Bráníte se novým aktivitám? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |
| Přejete si, aby Váš život byl jako dříve? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | |
| ano | | nevím | | ne |